

**CONEIXEMENTS,
ACTITUDS I
PERCEPCIONS SOBRE
EL CÀNCER DE MAMA
I LA DETECCIÓ
PRECOÇ EN DONES
DE BARCELONA DE
DIFERENTS ORÍGENS
CULTURALS.**

**BARRERES
PERCEBUDES
I ELEMENTS
FACILITADORS**



AUTORES

Rosa Puigpinós i Riera,

Dolors Rodríguez-Arjona,

Mariona Pons i Vigués,

M.^a José Fernández de Sanmamed

EDITA

Agència de Salut Pública de Barcelona

DISSENY

Lacontragràfica

Octubre 2013

Projecte finançat pel FIS (Instituto de Salud Carlos III) núm. PIO61130

Índex

Resum	6
Resumen	10
Summary	15
Introducció	20
El càncer de mama: l'estat de la qüestió	20
La immigració	21
Coneixements, actituds, percepcions i pràctiques sobre la detecció precoç del càncer de mama	22
Justificació de l'estudi	23
Mètodes	25
Desenvolupament metodològic	25
Mostreig i participants	25
Tècniques de generació de dades i recollida d'informació	26
Procediment d'anàlisi de la informació	27
Consideracions ètiques	27
Resultats	32
Posicions discursives des de les quals parlen les dones	32
Les configuracions simbòliques	37
Eix 1: Abans i ara	38
Eix 2: Cuidar-se per una mateixa o pels altres	40
Eix 3: Conducta proactiva-reactiva o determinista	41

Configuracions semàntiques.....	44
Coneixements, percepcions i creences	44
Càncer de mama.....	44
Prevenció.....	50
Fonts d'informació.....	54
Actituds i percepcions	57
Vulnerabilitat/susceptibilitat.....	58
Barreres	61
Barreres al país d'origen com a determinants de les barreres percebudes al d'acollida	61
Barreres al país d'acollida	65
Barreres vinculades al sistema sanitari	66
Barreres no vinculades al sistema sanitari.....	71
Barreres vinculades de manera més específica a la prevenció del càncer de mama	73
Facilitadors	77
Facilitadors intrínsecs a la persona des del país d'origen.....	77
Factors no vinculats al sistema sanitari	78
Facilitadors al país d'acollida vinculats als serveis sanitaris.....	79
Facilitadors vinculats a la detecció precoç del càncer de mama.....	80
Conductes	82
Limitacions de l'estudi	88
Conclusions	92
Bibliografia	98





Resum

El càncer de mama: l'estat de la qüestió

En els programes de detecció precoç de càncer de mama s'ha detectat una baixa participació de les dones immigrants.

A la ciutat de Barcelona, s'ha dut a terme un estudi per revelar els coneixements i les actituds que respecte a aquests programes tenen les dones de diferents orígens culturals, i també les autòctones de diversos nivells socials, així com els beneficis i les barreres que hi perceben. L'estudi consta d'una primera part qualitativa, que facilita la comprensió profunda dels coneixements, percepcions i pràctiques de les persones, i d'una segona part que permet quantificar els fenòmens i els seus factors predictors en la població d'estudi.

Mètodes i participants

La investigació qualitativa es va fer des d'una perspectiva socioconstructivista. L'estudi va ser de caire interpretatiu i es va realitzar a Barcelona durant els anys 2007 i 2008. La població d'estudi van ser les dones de 40 a 69 anys residents a Barcelona, tant autòctones com immigrants de països en vies de desenvolupament (PVD). Hi van participar seixanta-vuit dones, divuit de les quals eren autòctones, i cinquanta, immigrants.

Per a la recollida de dades es van utilitzar, individualment i en grup, tècniques de caire conversacional. Es van entrevistar dones autòctones, de l'Europa de l'Est, llatinoamericanes magribines, índies, pakistaneses, xineses i filipines.



Resultats

1. Posicions discursives

Els discursos de les dones es produeixen en contextos socioculturals i històrics diferents. En el present estudi, es donen tres posicions discursives:

1.1. Dones autòctones i llatinoamericanes de nivell cultural alt que fa anys que van arribar a Catalunya. Generen el seu discurs com a dones autònomes, treballadores, i ens parlen des d'una posició personal, tot i que fent referència al seu grup familiar. Són molt proactives en l'atenció a la pròpia salut i a la prevenció.

1.2. Les d'un segon grup ens parlen com a dones immigrants i treballadores que han emigrat amb un projecte personal propi per millorar la posició econòmica familiar i personal. En aquest grup trobem: **les dones de l'Europa de l'Est i les llatinoamericanes d'immigració recent que han emigrat soles** (emigració femenina, bàsicament); les **xineses**, per a les quals la comunitat sol ser un eix vertebrador molt important i que generalment treballen en empreses pròpies de la comunitat xinesa; i també les **filipines** que han emigrat per millorar el nivell socioeconòmic de la família en un sentit ampli: incloent-hi la que s'ha quedat al país d'origen.

1.3. I en el tercer grup trobem les dones **magribines, índies i pakistaneses**, que ens parlen des d'una posició de mares de família i esposes. Han emigrat se-

guint un projecte familiar, en molts casos a través d'un reagrupament familiar.

2. Configuracions simbòliques

Són els eixos al voltant dels quals s'engruna i s'articula la història o discurs de les dones.

Eix 1: Abans (en les immigrants, simbolitzat pel país d'origen; i en les autòctones, pel que feien les seves mares) i **ara** (en les immigrants, simbolitzat pel que fan al país d'acollida; i en les autòctones, pel que fan elles, pel seu present).

Per a les autòctones, la prevenció és un valor que han après i han assimilat: ha estat introduïda recentment, després dels darrers avenços i l'evolució sociocultural del país. Les dones de l'Europa de l'Est vénen de països en què la prevenció és un bé assumit i necessari per a treballar i ser productiu i, en conseqüència, gairebé una responsabilitat.

Per a les altres immigrants, la prevenció no és un valor integrat en el seu concepte de salut, principalment perquè provenen de països en què els serveis sanitaris estan mal distribuïts i són escassos i cars i que, per tant, només els utilitzen en cas de malaltia manifesta. **L'ara**, que és la conducta al país d'acollida, està força marcat pel que s'ha viscut al país d'origen i per les prioritats que marca el fet migratori: es recorre als serveis sanitaris prioritàriament per malaltia manifesta.



Eix 2: Cuidar-se per una mateixa o pels altres. En la vida de la dona, tenen un paper crucial la família i els fills (si en té), i tant si són a prop com lluny. El que canvia és la manera de posicionar-se ella respecte als altres a si mateixa i la pròpia cura; de manera que se situa al llarg d'aquest eix en funció del seu nivell d'estudis i del pes de la tradició i la cultura dels seus. Així, en les dones de cultura musulmana, la cura dels fills i del marit passa per davant de tot, mentre que en les autòctones, les xineses i les llatinoamericanes de nivells d'estudis alts, encara que la família sigui important, la cura de si mateixa és prioritària.

Eix 3: Conducta proactiva-reactiva o determinista. Les autòctones, les immigrants de l'Europa de l'Est, les llatinoamericanes de nivell cultural alt, les filipines i les xineses, en general, tenen una actitud proactiva: s'impliquen en la cura de la pròpia salut, malgrat la imprevisibilitat de la malaltia. Aquesta cura sobretot es basa en hàbits de vida saludables, una actitud positiva davant la vida i la voluntat de viure sense estrès en les filipines i les xineses. En les xineses també es dóna molta importància a l'alegria.

Les magribines donen importància al fet de cuidar-se, però amb dues finalitats concretes: la salut reproductiva i l'estètica. En el cas de les índies i les pakistaneses, en canvi, l'actitud davant la salut és clarament determinista: van al metge quan estan malaltes.

En general, amb el temps hi ha una evolució en les conductes preventives de les dones immigrades, ja que tant els factors facilitadors com les barreres van canviant.

3. Configuracions semàntiques

3.1. Coneixements, percepcions i creences sobre el càncer de mama i la detecció precoç d'aquest

Totes les dones consideren que el càncer de mama (CM) és una malaltia greu i incontrolable que apareix sense avisar, independentment del fet que la dona segueixi uns hàbits saludables, ja que és dins de l'organisme i es desenvolupa sense presentar símptomes evidents.

Les **autòctones** consideren que el CM és un dels càncers que té més bon pronòstic si es detecta a temps, i que, malgrat ser una malaltia greu, en molts casos aquesta circumstància ajuda a curar-lo. Això fa que valorin molt positivament la detecció precoç. El mateix es pot afirmar de les dones de **l'Europa de l'Est, les llatinoamericanes i les xineses de nivell sociocultural alt i procedents de zona urbana**. Les dones **filipines** solen adquirir coneixement de la malaltia al país d'acollida, on han conegut més casos i han vist que es pot detectar a temps i que es pot accedir al tractament corresponent.

Les dones **magribines, índies i pakistaneses** en general tenen poc coneixement



sobre el CM i la detecció precoç d'aquest, un coneixement que no és homogeni.

3.2. Barreres per a la prevenció

S'han detectat diverses barreres per a la prevenció, que es poden dividir en dos grups:

- **Barreres vinculades al sistema sanitari:** En aquest grup, les autòctones i les immigrants assenyalen la manca d'eficiència del sistema per l'excessiu temps d'espera, la saturació del sistema i el poc temps que el professional pot dedicar al pacient. I en les immigrants, a més, sobretot durant la primera època després d'arribar al país, el desconeixement del funcionament del sistema de salut.
- **Barreres no vinculades al sistema sanitari:** D'aquestes cal destacar, tant per a autòctones com per a immigrants, el ritme de vida estressant i la manca de temps per a tenir cura d'elles mateixes, sobretot pel que fa a les pràctiques preventives. A més, en les immigrants hi ha el fet de prioritzar altres qüestions, com ara trobar feina i, en definitiva, fer-se un lloc al país d'acollida.

3.3. Facilitadors per a la prevenció

En el cas de les dones immigrants, el temps d'estada és un factor clau per a establir-se al país d'acollida i conèixer el funcionament del sistema sanitari, així com els seus drets i els seus deures. És, també, un factor important per a anar canviant la mentalitat.

Conductes

Les autòctones i les llatinoamericanes de nivells d'estudis alts es fan controls mamogràfics, sigui pel Programa poblacional, per la sanitat privada o alternant els dos sistemes. Les llatinoamericanes de nivells d'estudis baixos i d'immigració recent per motius econòmics se'n fan menys.

Algunes de les dones de l'Europa de l'Est i de les xineses, les filipines i les magribines es fan aquests controls al país d'acollida, però no queda clar per quina via opten. Especialment en el discurs de les xineses, no es pot parlar d'una tendència general; arran de la desconfiança que mostren pel sistema sanitari i del desconeixement de la cultura del país d'acollida i també perquè sovint viatgen a la Xina, la majoria sembla que aprofiten aquests viatges per a fer-se una revisió mèdica general.

Les magribines, les índies i les pakistaneses de moment són les que numèricament menys representació tenen en la població diana del Programa de cribatge de càncer de mama, i és incerta la utilització d'aquesta pràctica preventiva.





Resumen

El cáncer de mama: el estado de la cuestión

En los programas de detección precoz de cáncer de mama se ha detectado una baja participación de las mujeres inmigrantes.

En la ciudad de Barcelona, se ha llevado a cabo un estudio para revelar los conocimientos y las actitudes que respecto a estos programas tienen las mujeres de diferentes orígenes culturales, y también las autóctonas de diferentes niveles sociales, así como los beneficios y las barreras que en ellos perciben. El estudio consta de una primera parte cualitativa, que facilita la comprensión profunda de los conocimientos, percepciones y prácticas de las personas, y de una segunda parte que permite cuantificar los fenómenos y sus factores predictores en la población de estudio.

Métodos y participantes

La investigación cualitativa se hizo desde una perspectiva socio-constructivista. El estudio fue de tipo interpretativo y se realizó en Barcelona durante los años 2007 y 2008. La población de estudio fueron las mujeres de 40 a 69 años residentes en Barcelona, tanto autóctonas como inmigrantes de países en vías de desarrollo (PVD). Participaron sesenta y ocho mujeres, dieciocho de las cuales eran autóctonas, y cincuenta, inmigrantes.

Para la recogida de datos se utilizaron, individualmente y en grupo, técnicas, de tipo conversacional. Se entrevistó a mujeres autóctonas, de Europa del Este, latinoamericanas, magrebíes, indias, pakistaníes, chinas y filipinas.



Resultados

1. Posiciones discursivas

Los discursos de las mujeres se producen en contextos socioculturales e históricos diferentes. En el presente estudio, se dan tres posiciones discursivas:

1.1. Mujeres autóctonas y latinoamericanas de nivel cultural alto que hace años que llegaron a Cataluña. Generan su discurso como mujeres autónomas, trabajadoras, y nos hablan desde una posición personal, aunque haciendo referencia a su grupo familiar. Son muy proactivas en la atención a la propia salud y a la prevención.

1.2. Las de un segundo grupo nos hablan como mujeres inmigrantes y trabajadoras que han emigrado con un proyecto personal propio para mejorar la posición económica familiar y personal. En este grupo se encuentran: **las mujeres de Europa del Este y las latinoamericanas de inmigración reciente que han emigrado solas** (emigración femenina, básicamente), las chinas, para las que la comunidad suele ser un eje vertebrador muy importante y que generalmente trabajan en empresas propias de la comunidad china, y también las filipinas que han emigrado para mejorar el nivel socioeconómico de la familia en un sentido amplio: incluyendo la que se ha quedado en el país de origen.

1.3. Y en el tercer grupo se encuentran las mujeres **magrebíes, indias y pakis-**

taníes, que nos hablan desde una posición de madres de familia y esposas. Han emigrado siguiendo un proyecto familiar, en muchos casos a través de una reagrupación familiar.

2. Configuraciones simbólicas

Son los ejes alrededor de los que se desgrana y se articula la historia o discurso de las mujeres.

Eje 1: Antes (en las inmigrantes, simbolizado por el país de origen, y en las autóctonas, por lo que hacían sus madres) y **ahora** (en las inmigrantes, simbolizado por lo que hacen en el país de acogida, y en las autóctonas, por lo que hacen ellas, por su presente).

Para las autóctonas, la prevención es un valor que han aprendido y asimilado: ha sido introducida recientemente, después de los últimos adelantos y la evolución sociocultural del país. Las mujeres de Europa del Este vienen de países en los que la prevención es un bien asumido y necesario para trabajar y ser productivo y, en consecuencia, casi una responsabilidad.

En los demás grupos de inmigrantes, la prevención no es un valor integrado en el concepto de salud, principalmente porque provienen de países en que los servicios sanitarios están mal distribuidos y son escasos y caros y, por tanto, son utilizados solo en caso de enferme-



dad manifiesta. El **ahora**, que es la conducta en el país de acogida, está bastante marcado por lo que se ha vivido en el país de origen y por las prioridades que marca el hecho migratorio: se recurre a los servicios sanitarios prioritariamente por enfermedad manifiesta.

Eje 2: Cuidarse por una misma o por los demás. En la vida de la mujer, tienen un papel crucial la familia y los hijos (si los tiene), y tanto si están cerca como lejos. Lo que cambia es la manera de posicionarse ella respecto a los demás a sí misma y su propio cuidado, por lo que se sitúa a lo largo de este eje en función de su nivel de estudios y del peso de la tradición y la cultura de los suyos. Así, en las mujeres de cultura musulmana, el cuidado de los hijos y del marido pasa por delante de todo, mientras que en las autóctonas, las chinas y las latinoamericanas de estudios altos, aunque la familia sea importante, el cuidado de sí misma es prioritario.

Eje 3: Conducta preactiva-reactiva o determinista. Las autóctonas, las inmigrantes de Europa del Este, las latinoamericanas de nivel cultural alto, filipinas y las chinas, en general, tienen una actitud proactiva: se implican en el cuidado de la propia salud, a pesar de la imprevisibilidad de la enfermedad. Este cuidado sobre todo se basa en hábitos de vida saludables, una actitud positiva ante la vida y la voluntad de vivir sin estrés en las filipinas y las chinas. En las chinas también se da mucha importancia a la alegría.

Las magrebíes dan importancia al hecho de cuidarse, pero con dos finalidades concretas: la salud reproductiva y la estética. En el caso de las indias y las pakistaníes, en cambio, la actitud ante la salud es claramente determinista: van al médico cuando están enfermas.

En general, con el tiempo hay una evolución en las conductas preventivas de las mujeres inmigradas, ya que tanto los factores facilitadores como las barreras van cambiando.

3. Configuraciones semánticas

3.1. Conocimientos, percepciones y creencias sobre el cáncer de mama y su detección precoz

Todas las mujeres consideran que el cáncer de mama (CM) es una enfermedad grave e incontrolable que aparece sin avisar, independientemente del hecho de que la mujer siga unos hábitos saludables, ya que está dentro del organismo y se desarrolla sin presentar síntomas evidentes.

Las **autóctonas** consideran que el CM es uno de los cánceres que tiene mejor pronóstico si se detecta a tiempo, y que, a pesar de ser una enfermedad grave, en muchos casos esta circunstancia ayuda a curarlo. Esto hace que valoren muy positivamente la detección precoz. Lo mismo puede afirmarse de las mujeres de **Europa del Este, las latinoamericanas y las chinas de nivel sociocultural**



alto y procedentes de zona urbana. Las mujeres **filipinas** suelen adquirir conocimiento de la enfermedad en el país de acogida, donde han conocido más casos y han visto que puede detectarse a tiempo y que se puede acceder al tratamiento correspondiente.

Las mujeres **magrebíes, indias y pakistaníes** en general tienen poco conocimiento sobre el CM y su detección precoz, un conocimiento que no es homogéneo.

3.2. Barreras para la prevención

Se han detectado varias barreras para la prevención, que se pueden dividir en dos grupos:

- **Barreras vinculadas al sistema sanitario:** En este grupo, las autóctonas y las inmigrantes señalan la falta de eficiencia del sistema por el excesivo tiempo de espera, la saturación del sistema y el poco tiempo que el profesional puede dedicar al paciente. Y en las inmigrantes, además, sobre todo durante la primera época después de llegar al país, el desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud.
- **Barreras no vinculadas al sistema sanitario:** De estas cabe destacar, tanto para autóctonas como para inmigrantes, el ritmo de vida estresante y la falta de tiempo para cuidar de sí mismas, sobre todo en cuanto a las prácticas preventivas. Además, en las inmigrantes está el hecho de priori-

zar otras cuestiones, como encontrar trabajo y, en definitiva, hacerse un lugar en el país de acogida.

3.3 Facilitadores para la prevención

En el caso de las mujeres inmigrantes, el tiempo de estancia es un factor clave para asentarse en el país de acogida y conocer el funcionamiento del sistema sanitario, así como sus derechos y sus deberes. Es, también, un factor importante para ir cambiando la mentalidad.

Conductas

Las autóctonas y las latinoamericanas de nivel de estudios alto se hacen controles mamográficos, ya sea por el Programa poblacional, por la sanidad privada o alternando los dos sistemas. Las latinoamericanas de nivel de estudios bajo y de inmigración reciente por motivos económicos, se hacen menos controles.

Algunas de las mujeres de Europa del Este y de las chinas, las filipinas y las magrebíes se hacen estos controles en el país de acogida, pero no queda claro por qué vía optan. Especialmente en el discurso de las chinas, no se puede hablar de una tendencia general. Debido a la desconfianza que muestran por el sistema sanitario y al desconocimiento de la cultura del país de acogida y también porque a menudo viajan a China, la mayoría parece que aprovechan estos viajes para hacerse una revisión médica general.



Las magrebíes, las indias y las pakistaníes de momento son las que numéricamente menos representación tienen en la población diana del Programa de cribado de cáncer de mama, y es incierta la utilización de esta práctica preventiva.





Summary

Breast cancer: the current situation

In general the participation rates of immigrant women in breast cancer screening programs tend to be low.

With the aim of studying the knowledge, attitudes, benefits and barriers perceived by women of different cultural origins, as well as by Spanish women of different socioeconomic levels, a specific study has been conducted in the city of Barcelona. It consisted of an initial qualitative phase to gain an in-depth understanding of the women's knowledge, perceptions and practices, and a quantitative phase in which the phenomena and its predictive factors are quantified in the study population.

Methods and participants

A qualitative study was carried out based on the socioconstructivist perspective. This was an interpretative study, conducted in Barcelona in 2007 and 2008. The study population consisted of native Spanish women and women immigrants from developing countries aged 40 to 69 years, resident in Barcelona. Sixty-eight women participated, 18 native Spaniards and 50 immigrants.

Data was collected using both individual and group conversational techniques. The women interviewed were either native Spaniards, or from Latin America, Eastern Europe, Maghreb, India, Pakistan, China or the Philippines.





Results

1. Discourse positions

The women's discourses occur in different sociocultural and historical contexts. In the present study, three different discourse positions are generated:

1.1. Native Spaniards and women from Latin America with a high cultural level

who arrived in Catalonia several years ago. Generate their discourse as working women who speak to us from a personal and individual position, although with references to their family group.

1.2. A second group consists of immigrant working women who have emigrated with their own personal project to improve both their own economic position and that of their family. In this group we find **women from Eastern Europe, recent immigrants from Latin America who have come alone,** and **Chinese women** for whom their community is an important vertebrating axis and who generally work in Chinese-owned businesses. This group also includes **Philippine women** who have emigrated in order to improve the socioeconomic level of their family in the broad sense, i.e. including that part of the family who have remained in their home country.

1.3. In a third group we find **Maghreb, Indian and Pakistan women,** who speak to us from their position as wives and mothers. They emigrated as part of a

family project, and in many cases have achieved re-grouping of their family.

2. Symbolic configurations

These are the opposing axes into which the women's discourses are broken down and articulated.

Axis 1: Before (for immigrants, symbolises their country of origin; for native Spanish women, represents what their mothers did) – **Now** (for immigrants, symbolised by what they do in the host country; for native Spanish women, what they themselves now do).

For native Spanish women, prevention is a value they have learned and assimilated, which has been introduced recently with the advances and sociocultural evolution of the country. Eastern European women come from countries in which prevention is considered necessary in order to work and be productive, and in consequence almost a responsibility. In other groups of immigrants, prevention is not an integrated value mainly because they come from countries where health care is limited, poorly distributed and expensive, and therefore health services are used only in cases of manifest disease.

Now, represents their behaviour in the host country, although influenced by experiences in their home country, by priorities resulting from the fact of migration and, although they use the Na-



tional Health System, they tend to do so for manifest illness, as the concepts of prevention take time to assimilate.

Axis 2: Care for oneself and for others.

The family, and children if any, regardless of whether they are near or far, play an important role in a woman's life. What changes is the position taken with respect to others, and thus they spread along this axis depending on educational level and the weight of traditions and culture. Thus, among women of muslim cultures, caring for children and husband takes priority over everything else, whereas among native Spanish women, Chinese women and well-educated Latin American women, caring for themselves also becomes a relevant aspect.

Axis 3: Proactive-reactive or deterministic behaviour. Native Spanish women, immigrants from Eastern Europe, well-educated Latin American women, Philippine and Chinese women, in general have a proactive attitude, involving themselves in caring for their own health despite the unpredictable nature of illness. They base this care above all on healthy habits, a positive outlook on life; Philippine and Chinese women highlight the idea of living without stress, and lend considerable importance to happiness.

Maghrebi women consider self care to be important, but with two particular objectives: maintaining reproductive health, and aesthetics. Among Indian and Pakistani women on the other hand, their at-

titude to health is clearly deterministic, they go to the doctor when ill.

In general, preventive behaviours evolve over time among immigrant women, as both facilitating factors and the barriers vary.

3. Semantic configurations

3.1. Knowledge, perceptions and beliefs about breast cancer and its early detection

In general all the women consider that breast cancer is a serious and uncontrollable disease which may appear without warning. Regardless of whether the woman has healthy habits, the disease is already present in the organism and may develop without presenting evident symptoms.

Native Spanish women consider breast cancer to have a good prognosis if detected in time and that, despite being serious, this means it can be cured in many cases. For this reason they hold early detection in high regard. The same applies to **women from Eastern Europe, and well educated Latin American and Chinese women**, from urban areas.

Women from Maghreb, India and Pakistan in general know little about breast cancer and its early detection.

3.2. Barriers to prevention

Various barriers have been detected, which may be grouped as:



- **Barriers related to the health system itself:** in this group, native Spanish and immigrant women point to a lack of efficiency in the health system in terms of waiting times, saturation of the system, and the time a doctor is prepared to spend with a patient. Moreover among immigrant women, particularly soon after their arrival in the host country, we must include ignorance about how the health system works.
- **Barriers not related to the health system:** in this group both native and immigrant women highlight the stressful pace of life and having little time to care for themselves, particularly in regard to aspects of prevention. Also, in the case of immigrant women there is a need to prioritise other matters such as getting a job, and in general making themselves at home in the host country.

3.3 Prevention facilitators

In the case of immigrant women, length of time in the host country is a key factor for getting established and understanding how the country works, including the health system, their rights and also their duties. This factor also contributes to achieving the necessary change in mentality.

Behaviours

Native Spanish and well-educated Latin American women have regular mammographic check-ups, whether through the population screening program, privately, or alternating between the two. Less well-educated Latin American women and more recently arrived immigrants go for fewer check-ups.

In the case of Eastern European, Chinese, Philippine and Maghrebi women, some of them had check-ups in their home country but it is not clear whether through public or private medicine. Particularly in the discourse of Chinese women it is not possible to extrapolate a general trend; the majority, due to mistrust and ignorance of the host country health system, appear to take advantage of their relatively frequent trips to China to have general medical check-ups.

Maghrebi, Indian and Pakistani women are currently the ones with numerically the lowest representation in the screening program target population, and their level of usage of this particular preventive practice is uncertain.







Introducció

El càncer de mama: l'estat de la qüestió

Entre les dones dels països desenvolupats, el càncer de mama (CM) continua sent una de les principals causes de mort, i la primera per càncer.¹ A Europa, durant l'any 2008, va representar el 28,2% de tots els càncers femenins, sent el responsable del 17,0% de les defuncions per càncer.²

A Catalunya, el càncer de mama representa el 28,1% de tots els càncers en dones, percentatge que duplica el del càncer de colon i recte. I les previsions indiquen que aquest percentatge continuarà augmentant.³ A la ciutat de Barcelona, les estimacions fetes a partir del registre poblacional de Tarragona, preveuen un augment constant de la incidència d'aquest càncer.⁴ D'altra banda, tot i que la mortalitat per aquesta

malaltia ha disminuït de manera global a partir de la dècada dels 1990,^{3,5} el càncer de mama continua sent la primera causa de mort entre les dones de 45 a 74 anys.⁶

Hi ha diversos factors de risc que es relacionen amb el càncer de mama, però en pocs d'aquests, a més de l'edat, s'ha pogut demostrar una relació clara i determinant amb l'aparició de la malaltia. En tot cas, són factors difícilment modificables i, per tant, no s'hi pot fer prevenció primària. Malgrat el debat generat entorn dels programes de cribratge,⁷ de moment el balanç entre els riscos i els beneficis pel que fa al cribratge de càncer de mama s'inclina cap a la banda dels beneficis, ja que, juntament amb altres factors com ara els avenços tecnològics i terapèutics dels darrers anys,⁸ el cribratge sembla contribuir a la reducció de la mortalitat. Mentre sigui així, doncs,



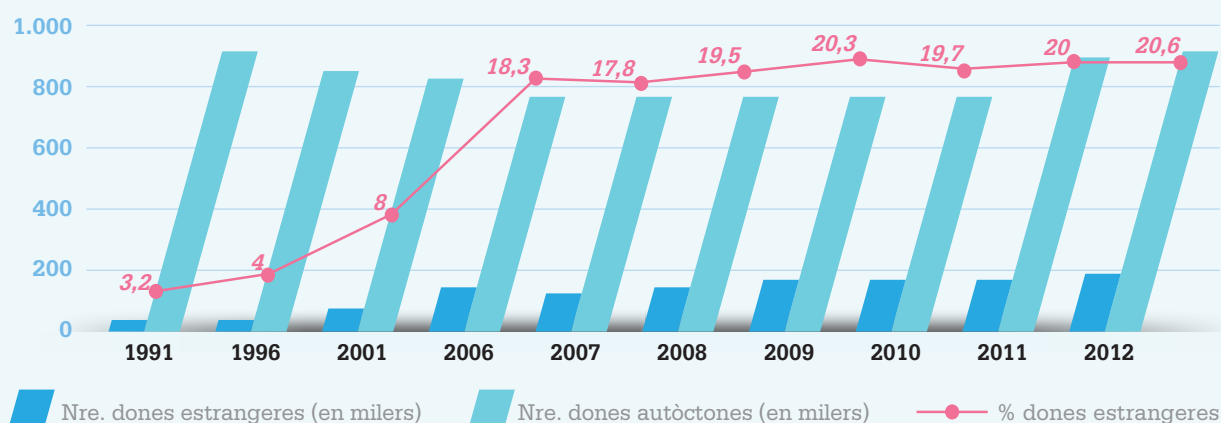
les autoritats competents tenen l'obligació de vetllar per l'equitat en l'accés de la població a aquests programes.

La immigració

Si bé els fluxos migratoris s'han donat en més o menys freqüència al llarg de tota la història, el cert és que darrerament el continent europeu s'ha convertit en un important receptor de població immigrant. A l'Estat espanyol, a més, aquests fluxos migratoris s'han produït de manera molt accentuada, si bé l'actual situació de crisi els ha frenats. De fet, durant l'any 2012, segons

dades de l'Insituto Nacional de Estadística, per primer cop durant els darrers anys, el flux migratori va ser negatiu. Cal tenir present, però, que la majoria de les persones que van sortir d'Espanya eren autòctones. Les comunitats autònomes de Catalunya, Madrid, el País Valencià, Andalusia i les Canàries reuneixen el 72% dels estrangers residents a l'Estat espanyol.⁹ Aquesta població es concentra sobretot als grans centres urbans, com ara Barcelona, on el juny del 2009 es comptabilitzaven 1.638.103 habitants, el 21,8% dels quals havien nascut fora d'Espanya¹⁰ (figura 1). L'any 2006, que és aquell en què es va començar el present estudi, el salt havia estat exponencial.

FIGURA 1.
PERCENTATGE DE DONES AUTÒCTONES RESPECTE AL DE DONES IMMIGRANTS A BARCELONA



Font: Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.



Tot i que la majoria dels immigrants són joves, amb el temps la seva mitjana d'edat va augmentant. L'any 2006, més del 18% de les dones de Barcelona eren estrangeres. Les de 40 a 69 anys (la població diana del Programa) eren més de l'11%, un percentatge que ha deixat d'augmentar durant els darrers anys de crisi econòmica, en què el flux migratori ha disminuït, de manera que la proporció de dones immigrants població diana del Programa s'ha mantingut estable. Principalment són provinents del Perú, l'Equador, l'Argentina, Colòmbia, el Marroc, les Filipines, la República Dominicana, la Xina i diversos països de l'Europa de l'Est.

A més de la diferent realitat cultural, la immigració per si mateixa —que determina la necessitat dels immigrants d'adaptar-se a la nova realitat i fer-se un lloc a la nova societat— fa que la cura de la salut, en molts casos, passi a un segon terme.^{11,12} Les pràctiques preventives en general i les vinculades a la salut de la dona en particular, tal com la realització periòdica de mamografies, solen presentar desigualtats segons la classe social, fins i tot, encara que sigui en menor mesura, als països en els quals l'existència d'un sistema sanitari universal garanteix l'accés a tots els ciutadans^{13,14} i que ha influït en el fet que durant els darrers anys aquestes desigualtats hagin disminuït notablement.¹⁵

De la mateixa manera, l'experiència dels països amb una més tradició antiga en

matèria d'immigració,^{16,17,18,19,20} així com el que s'observa fins ara al nostre entorn,^{21,22,23} ens mostra que els serveis preventius són els menys utilitzats per la població immigrant en general i les dones en particular, bé per factors i creences culturals, bé per fets relacionats amb el procés de la immigració per si mateix.²⁴

Coneixements, actituds, percepcions i pràctiques sobre la detecció precoç del càncer de mama

Els coneixements, les actituds i les percepcions que es tenen de la malaltia són determinants de les conductes que manifesten les persones, tot i que cal dir que no sempre un coneixement adequat pot generar una conducta que hi sigui conseqüent.²⁵

Diferents estudis mostren que la participació en els programes de detecció precoç de càncer de mama dels col·lectius de dones immigrades sobretot per motius econòmics sol ser baixa per motius diversos: l'edat (les dones grans, igual que en el cas de les autòctones, hi participen menys),^{26,27} problemes de comunicació deguts al desconeixement de la llengua del país d'acollida i a la difícil comprensió intercultural vinculada a creences, així com a nivells d'instrucció



baixos. Altres barreres són la por del diagnòstic, el desconeixement davant de les possibilitats de tractament i possible curació del càncer de mama, en ocasions considerat com una predestinació contra la qual no es pot lluitar i davant de la qual no hi poden fer res el control ni l'actitud personal.^{28,29} A vegades es pot generar la situació inversa, és a dir, unes expectatives excessives³⁰ o una falsa sensació de seguretat vinculades a pràctiques com ara l'autoexploració mamària, molt utilitzada als països de l'Europa de l'Est i que està relacionada amb la no-participació en programes de cribratge.³¹

Justificació de l'estudi

L'important procés migratori dels darrers anys a Barcelona i el fet que cada any augmenti el nombre de dones immigrants que formen la població diana del Programa de detecció precoç de càncer de mama de la ciutat, planteja la necessitat d'estudiar la influència de la cultura i del nivell socioeconòmic, així com la del fet migratori per si mateix, en la decisió de les dones de dur a terme detecció precoç de càncer de mama. El Programa té un pla de comunicació molt exhaustiu que informa les dones tant dels riscos com els beneficis del cribratge, per tal que les dones tinguin prou eines per a poder decidir lliurement la seva participació en el Programa.

A la ciutat de Barcelona, s'ha dut a terme un estudi per revelar els coneixements i les actituds que respecte a aquests programes tenen les dones de diferents orígens culturals, i també les autòctones de diversos nivells socials, així com els beneficis i les barreres que hi perceben. Tot plegat ha de contribuir a cercar les accions específiques encaminades a eliminar les barreres que les dones puguin percebre per a accedir a les mamografies de control, tot deixant de banda, naturalment, el fet que la decisió última correspon a cada dona. Amb aquest fi, l'estudi consta d'una primera part qualitativa, que facilita la comprensió profunda dels coneixements, percepcions i pràctiques de les persones, i d'una segona part que permet quantificar els fenòmens i els seus factors predictors en la població d'estudi.







Mètodes

Desenvolupament metodològic

La investigació qualitativa es va fer des d'una perspectiva socioconstructivista³², ja que s'entenia que la salut-malaltia, així com les actituds i conductes respecte a les activitats preventives, són, en gran manera, construccions socials. En aquest sentit, es pretenia fer un acostament a l'objecte d'estudi des d'una perspectiva social, explorant els significats col·lectius de les múltiples realitats construïdes a cada entorn sociocultural.

L'estudi va ser de caire interpretatiu³³ i es va realitzar a la ciutat de Barcelona durant els anys 2007 i 2008 (treball de camp del juny del 2007 al juliol del 2008).

Mostreig i participants

La població d'estudi van ser les dones, autòctones i immigrades de països en vies de desenvolupament (PVD), de 40 a 69 anys residents a Barcelona. Per la selecció de les participants es va fer un mostreig teòric^{34,35} definint uns perfils d'informadores, la finalitat de les quals va ser aconseguir la màxima varietat de discursos de les dones sobre el tema. Els perfils van ser elaborats a partir de la bibliografia revisada, l'experiència de l'equip investigador en el tema i la informació aportada per informants clau. Es van tenir en compte: el país de naixement, el medi (urbà o rural) de procedència, l'edat, el nivell d'estudis, l'estat civil i/o convivència amb la parella, i el temps d'estada al país d'acollida (taula 1).



Era motiu d'exclusió de l'estudi el fet de tenir o haver tingut càncer de mama.

Per reclutar les dones, es van plantejar múltiples estratègies: a través d'informants clau, mediadores culturals i personal sanitari; per mitjà d'associacions, entitats de culte i escoles d'adults i idiomes; consultant el padró municipal d'habitants, i amb avisos de premsa, cartells informatius i fullets. De totes aquestes estratègies, les més efectives van ser les mediadores culturals, les associacions i les entitats de culte.³⁶

En total, van participar en l'estudi seixanta-vuit dones, divuit de les quals eren autòctones, i cinquanta, immigrants. A la taula 2 s'exposen les característiques de les participants.

Tècniques de generació de dades i recollida d'informació

Per a la recollida de dades es van utilitzar, individualment i en grup, tècniques de caire conversacional. Concretament, es van planificar vuit grups de discussió³⁷ i cinc de triangulars.³⁸ Però, a causa de les dificultats trobades en el procés de reclutament de les informants i per intentar aconseguir la saturació del discurs, finalment es van fer sis grups de discussió, nou de triangulars i cinc entrevistes individuals en profunditat a

líders comunitàries. A la taula 3 s'esquematitzen les entrevistes, els grups triangulars i els de discussió realitzats i les variables de segmentació dels grups. Per a les entrevistes es va desenvolupar una guia semiestructurada, la qual va ser provada amb un grup pilot i adaptada a mesura que s'anaven realitzant els grups. Es va fer una adaptació de la guia per a les entrevistes a les líders comunitàries.

Totes les entrevistes les va fer la mateixa moderadora, es van portar a terme majoritàriament en locals d'associacions i van tenir una durada d'una hora (les entrevistes individuals i els grups triangulars) a dues (els grups de discussió). A les entrevistes, a més de la moderadora, hi havien dues observadores: una persona de l'equip investigador i la mediadora cultural en els casos en què esqueia. Es va treballar amb quatre mediadores culturals (del Marroc, del Pakistan, de la Xina i de Rússia), cadascuna de les quals va participar en la preparació, l'execució i l'anàlisi dels discursos del seu grup. Les participants no coneixien l'equip investigador. La seva participació va ser compensada (sense que ho sabessin prèviament) amb un petit refrigeri i un val de compra per a un centre comercial.



Procediment d'anàlisi de la informació

Totes les sessions van ser enregistrades, previ consentiment escrit de totes les participants, i posteriorment es van fer les transcripcions sistemàtiques i literals de les gravacions. Cada transcripció va ser revisada per una persona diferent de la que l'havia feta. La informació es va analitzar mitjançant l'anàlisi sociològica del discurs,^{39,40} que posa èmfasi en els factors interpretatius i els significats subjacents del llenguatge. Totes les entrevistes realitzades a un mateix col·lectiu es van analitzar conjuntament seguint aquestes fases: a) lectura de les transcripcions, b) elaboració de les primeres intuïcions preanalítiques, c) determinació i explicació de les posicions discursives, així com de les fraccions discursives, d) creació de les configuracions simbòliques, e) anàlisi i interpretació de les configuracions semàntiques, i f) elaboració d'un resum marc explicatiu. Després de fer l'anàlisi per col·lectius culturals, es va fer una anàlisi comparativa entre tots els grups.⁴¹ Tots aquests processos es van triangular⁴² entre tres persones de l'equip; finalment, una altra membre d'aquest va fer una supervisió de tot el procés i dels resultats. El marc explicatiu obtingut va ser discutit pel conjunt de l'equip investigador. Els resultats de cada comunitat van ser validats per la medidora cultural o per una participant de cada col·lectiu.

Consideracions ètiques

L'estudi va ser aprovat per un comitè ètic d'investigació. Les informants van participar-hi voluntàriament després d'haver estat informades de l'objectiu de la recerca i de la institució que la realitzava, d'haver comprovat que ho entenien tot i d'haver firmat el corresponent consentiment, que havia estat redactat per a cadascuna en la seva llengua nativa. Les sessions van ser gravades amb el seu permís i se'ls va garantir l'anonimat i la confidencialitat, així com la protecció de les dades en l'emmagatzematge d'aquests. A aquest efecte, en les transcripcions es van anonimitzar totes les identitats de les participants i totes les referències que poguessin identificar-les. Les dades van ser arxivades i protegides per una persona de l'equip investigador.

TAULA 1.
VARIABLES PER A L'ELABORACIÓ DELS PERFILS DE LES DONES INFORMANTS

	Variable	Categories de la variable
Autòctones	Nivell educatiu	Estudis primaris, secundaris i universitaris
	Edat	De 40 a 49 anys; de 50 a 59; de 60 a 69
	Estat / vida en parella	Dones amb parella i dones sense parella (solteres, vídues, separades, etc.)
	Lloc de naixement	Catalunya i la resta d'Espanya
Immigrades	País de naixement	El Perú, l'Equador, Colòmbia, Bolívia, l'Argentina, les Filipines, la Xina, Rússia, Romania, Ucraïna, el Marroc, Algèria, el Pakistan, l'Índia
	Medi de procedència	Rural / urbà
	Edat	De 40 a 54 anys; de 55 a 69
	Nivell educatiu	Estudis primaris; secundaris; universitaris
	Estat / vida en parella	Dones amb parella i dones sense parella (solteres, vídues, separades, etc.)
	Temps d'estada al país d'acollida	Cinc anys o menys; més de cinc anys

TAULA 2.
CARACTERÍSTIQUES DE LES DONES INFORMANTS SEGONS EL COL·LECTIU ESTUDIAT

Col·lectiu de dones	Nre. de dones	País d'origen	Edat	Estudis	Parella	Fills	Medi de procedència	Temps d'estada
Autòctones	16	Espanya	De 46 a 65 anys	8 universitaris 4 secundaris 4 primaris	9 en parella 7 no parella	12 amb fills 4 sense fills	7 de Catalunya 9 de la resta d'Espanya	No escau
Llatino-americanes	12	2 Perú 2 Equador 4 Colòmbia 3 Argentina 1 Bolívia	De 45 a 64 anys	8 universitaris 4 secundaris	7 en parella 5 no parella	10 amb fills 2 sense fills	9 medi urbà 3 medi rural	3 de cinc anys o menys 9 de més de cinc anys
De l'Europa de l'Est	9	2 Rússia 2 Ucraïna 4 Moldàvia 1 Romania	De 41 a 58 anys	6 universitaris 3 secundaris	6 en parella 3 no parella	8 amb fills 1 sense fills	6 medi urbà 3 medi rural	4 de cinc anys o menys 5 de més de cinc anys
Filipines	10	Filipines	De 31* a 62 anys	6 universitaris 4 secundaris	7 en parella 3 no parella	7 amb fills 3 sense fills	10 medi rural	1 de cinc anys o menys 9 de més de cinc anys
Xineses	10	Xina	De 40 a 69 anys	3 universitaris 6 secundaris 1 primaris	5 en parella 3 no parella 2 no contesten	10 amb fills	5 medi urbà 5 medi rural	2 de cinc anys o menys 9 de més de cinc anys
Magribines	5	4 Marroc 1 Algèria	De 40 a 43 anys	4 universitaris 1 primaris	4 en parella 1 no parella	3 amb fills 2 sense fills	3 medi urbà 2 medi rural	1 de cinc anys o menys 5 de més de cinc anys
Pakistaneses i índies	6	4 Pakistan 2 Índia	De 31* a 57 anys	3 universitaris 1 secundaris 2 primaris	3 amb parella 3 sense parella	5 amb fills 1 sense fills	3 medi urbà 3 medi rural	D'un a onze anys

* Dues de les seixanta-vuit participants de l'estudi tenien menys de 40 anys, però van ser entrevistades com a líders comunitàries. Per aquest motiu, no van ser excloses de l'estudi.

TAULA 3.
NOMBRE I TIPUS DE TÈCNIQUES CONVERSACIONALS (ENTREVISTA, GRUP TRIANGULAT I GRUP DE DISCUSSIÓ) REALITZATS, AMB EL NOMBRE DE PARTICIPANTS

Tipus	Característiques	Nre. de participants
Grups de discussió (6)	Dones autòctones universitàries	8
	Dones autòctones no universitàries	8
	Dones llatinoamericanes universitàries	6
	Dones llatinoamericanes no universitàries	5
	Dones de països de l'Europa de l'Est	7
	Dones filipines	5
Grups triangulars (9)	Dones pakistaneses	2
	Dones índies	2
	Dones associades de països de l'Europa de l'Est	2
	Dones xineses de nivells d'estudis baixos	3
	Dones xineses de nivells d'estudis alts	2
	Dones xineses associades	4
	Dones filipines	4
	Dones marroquines	3
	Dones associades pakistaneses	2
Entrevistes en profunditat individuals (5)	Líder comunitària i agent de salut marroquina	1
	Agent de salut algeriana	1
	Líder comunitària xinesa	1
	Líder comunitària filipina	1
	Líder comunitària colombiana	1





Resultats

Posicions discursives des de les quals parlen les dones

Els discursos de les dones entrevistades es produeixen en contextos socioculturals i històrics diferents, i això dóna lloc a les diverses posicions discursives que s'enumeren a continuació i que es presenten esquematitzats a la figura 1:

1. En primer lloc, trobem el discurs de les dones **autòctones** i les **llatinoamericanes** de nivell cultural alt que han emigrat a Catalunya fa anys. Generen el seu discurs com a **dones autònomes, treballadores**, que ens parlen des d'una posició **personal**, tot i que fent referència al seu grup familiar ("Elles, com jo, en relació amb..."). Són molt proactives en l'atenció a la seva salut i a la prevenció. Els hàbits saludables formen part

d'aquesta variant discursiva, així com l'equilibri personal, però el seu concepte de salut i prevenció és molt biomèdic, i per a elles la realització de proves i l'ús de la tecnologia mèdica adquireixen un paper preponderant.

Quant al fet de cuidar-se, ho fan per si mateixes, conscients de la responsabilitat personal que cada persona té sobre aquesta qüestió. No obstant això, també es preocupen pel que pot suposar per al seu entorn familiar el fet d'emmalaltir. Els fills estan presents en les seves actituds i conductes: no volen ser una càrrega per a ells si emmalalteixen, i, si són petits o adolescents, la prioritat són ells i la seva cura.

2. Un segon grup ens parla com a **dones immigrants i treballadores** que han emigrat amb un projecte personal i propi per millorar la posició econòmi-



ca familiar i personal. La majoria dels processos migratoris passa per diverses fases fins a arribar a l'adaptació. En un primer moment es troben soles i perdudes i és quan la xarxa associativa té un paper més important. Les associacions d'immigrants ofereixen informació sobre tràmits burocràtics o disponibilitat de serveis i accés a aquests, com per exemple els sanitaris.

Sigui com sigui, la majoria de dones s'han arribat a adaptar al país d'acollida, però es veuen diferents graus d'integració segons el col·lectiu.

Les dones provinents de **l'Europa de l'Est** parlen com a immigrants, treballadores i mares. Algunes estan soles amb els seus fills al país d'acollida i d'elles depèn el desenvolupament dels fills i l'economia familiar. En els discursos es veu una posició diferent en les dones procedents de Romania, tot i que les podem caracteritzar poc per manca de saturació del discurs.

Un cop al país d'acollida, busquen la xarxa social a través del consolat corresponent, les associacions d'immigrants o l'Església.

Tenen un concepte força arrelat de la prevenció: tenir cura de la salut i estar sa és gairebé una obligació per a poder treballar i tenir cura de la família. Aquest sentiment s'accentua en les dones immigrants pel fet d'estar en un país que no és el seu i, per tant, sentir-se més so-

les per fer front a tot, sobretot en el cas de tenir fills i sense parella ("Somos su padre y su madre") o amb una xarxa familiar escassa ("Si yo falto, se destruyen las vidas, la vida va abajo. A veces se destruye la familia...").

Entre les **immigrants llatinoamericanes**, es distingeixen dos perfils diferents. El primer el formen dones que han immigrat bastants anys enrere, per regla general provinents de zones urbanes i amb un bon nivell cultural i socioeconòmic. Aquestes ja estan integrades a la vida del país d'acollida i acostumen a tenir aquí el seu nucli familiar. L'altre grup, el de les dones llatinoamericanes de migració recent i per motius econòmics, són de nivell socioeconòmic i cultural baix, la majoria tenen fills que, bé s'han quedat al país d'origen, bé s'estan a Barcelona amb elles, i la raó per la qual han emigrat és, bàsicament, per millorar la situació socioeconòmica d'ells. Es posicionen en el rol de mare i cap de família i senten que la responsabilitat de tirar endavant la seva família és d'elles, tant quan estan allà com aquí, fins i tot quan la unitat familiar compta amb marit. La seva salut i cures passen a segon terme, per darre-re de les seves responsabilitats laborals i de guanyar diners. Per això van al metge, bàsicament, quan tenen una malaltia prou greu per impossibilitar-los l'activitat laboral.

Les dones xineses ens parlen com a dones emigrades, treballadores i membres de la comunitat xinesa. Han emigrat per



un projecte personal i, en general, després d'algun membre de la comunitat xinesa que ha arribat en primer lloc. Fan poca referència al seu nucli familiar i molta a la xarxa comunitària. El concepte de comunitat és molt important com a xarxa de pertinença i de suport, tant al país d'origen com al d'acolliment, i generalment treballen en empreses pròpies o de la comunitat. Per aquest motiu, és freqüent trobar dones xineses que, després de molts anys d'haver emigrat, encara tenen serioses dificultats per a parlar la llengua del país d'acolliment i un profund desconeixement del funcionament del sistema sanitari, la qual cosa els genera desconfiança tant cap al sistema sanitari com cap als seus professionals.

Respecte de la seva salut, hi ha diferències segons la classe social; les de classe social baixa i procedents d'àmbits rurals tenen unes pràctiques més encaminades a acudir als sistemes de salut només si estan malaltes, mentre que les de classe social alta i les procedents de zones urbanes tenen més assimilada la cultura de prevenció, atès que a la Xina es feien revisions periòdiques a les empreses. Tenen, també, un concepte dels fet de cuidar-se i prevenir molt holístic, molt lligat a la pràctica d'hàbits saludables, a l'equilibri personal, a no posar-se tristos, etc.

Les dones **filipines** han emigrat per millorar el nivell socioeconòmic de la família, en general àmplia, que han deixat a les Filipines. Sobretot parlen com a ma-

res preocupades per la millora de les condicions econòmiques dels seus fills al seu país, en el cas que s'hagin quedat allà, o per la família extensa. Aquí els pesa molt la seva condició d'immigrant, ja que perceben que els genera desigualtats respecte als autòctons (trobar feina, etc.). La comunitat filipina, amb la seva xarxa associativa, és molt important per a elles al país d'acollida com a xarxa de pertinença i de suport. La concepció de la salut i de les cures es basa en una concepció holística, d'hàbits de vida saludables (dieta, exercici, actitud positiva davant la vida, evitar l'estrès, etc.), i situen el procés migratori com un fet que influeix negativament en la seva salut. Donen prioritat a treballar, i el fet d'acudir al sistema sanitari passa a un segon lloc, per darrere de les seves responsabilitats laborals i de guanyar diners.

3. Trobem un tercer grup de dones, representat per les dones magribines, pakistaneses i índies, que ens parlen des d'una posició de dones mares de família i esposes d'una família emigrada. El rol maternal i d'esposa és el que determina el seu discurs, fins i tot en els casos de dones que treballen fora de la llar. Han emigrat seguint un projecte familiar, en molts casos a través d'un reagrupament familiar.

Les dones **magribines** acompanyen generalment el marit que emigra o fan un reagrupament familiar posterior a la migració d'ell. Respecte de la seva salut, es plantegen estar sanes i boniques (cuiden la imatge i el cos) i cuidar-se



per poder estar bé per a tota la seva família i, sobretot, per al marit, que és l'encarregat de treballar i el responsable de la manutenció familiar. Tenen poc incorporat el concepte de prevenció, però donen un gran valor a la seva funció reproductiva i es cuiden especialment per poder tenir fills: “Las mujeres marroquíes se cuidan mucho; el tema sobre todo de la fertilidad es muy importante para las mujeres. Entonces se cuidan; por ejemplo, se cuidan mucho el tema de la matriz...”

Les dones **pakistaneses i índies** ens parlen com a mares i membres d'una família ampliada, la família del marit, moltes vegades transnacional, ja que franqueja les fronteres. La seva responsabilitat principal és cuidar la família, fonamentalment el marit, que és qui s'encarrega de treballar. La seva salut passa, en general, a un segon terme, si bé les de classe social alta es plantegen cuidar-se elles mateixes per poder cuidar millor els altres. La felicitat i la tranquil·litat és per a aquestes dones una font de salut: es basen, també, en una certa concepció holística, ja que la dona sana significa tota la família sana.



FIGURA 2.
POSICIONAMENT DE LA DONA EN L'AUTOCURA I EL SEU ROL DINS
LA FAMÍLIA I LA XARXA SOCIAL SEGONS CULTURA D'ORIGEN



Font: Elaboració pròpia.

Les configuracions simbòliques

Són els eixos al voltant dels quals s'en-gruna i s'articula la història o discurs de les dones. En el nostre cas són tres, i els representem, també, a la figura 3:

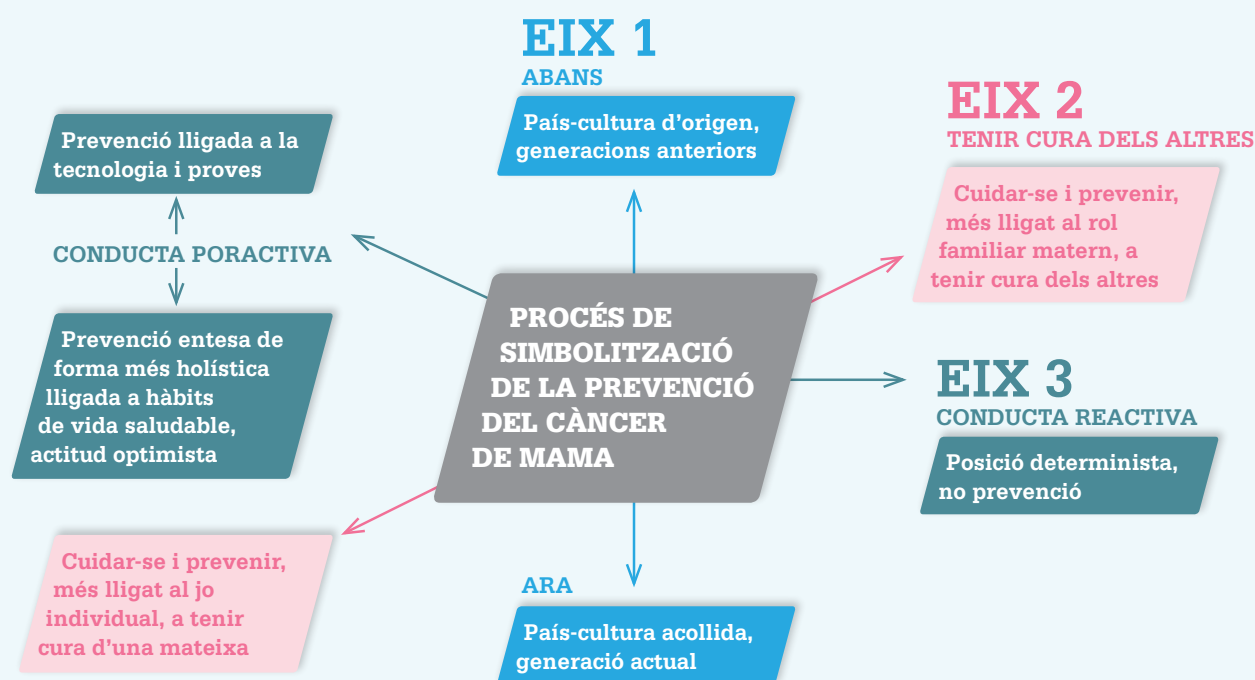
Eix 1, que oscil·la entre **l'abans** (abans d'emigrar, el país d'origen, etc.) i **l'ara**.

Eix 2, que fa referència a quin és el mo-tor principal per cuidar-se i que oscil·la entre el **cuidar-se per una mateixa** i el

fet de centrar la pròpia salut en funció dels altres: **cuidar-se pels altres**.

Eix 3, que es relaciona amb l'actitud de cuidar-se de les dones i els dos extrems del qual són: una posició completa-ment **determinista amb una conducta reactiva**, i una **actitud activa, amb una conducta proactiva**, la qual al seu torn pot oscil·lar entre un sentiment holístic sobre com ha de ser la cura de la prò- pia salut fins a un concepte medicalitzat que basa el fet de cuidar-se en la tecno- logia i l'atenció sanitària.

FIGURA 3.
EIXOS AL VOLTANT DELS QUALS ES DESENVOLUPEN
LES CONFIGURACIONS SIMBÒLIQUES



Font: Elaboració pròpia.



L'entorn sociocultural en el qual ha nascut i crescut cada individu i, per tant, l'imaginari cultural de la seva societat, el nivell d'instrucció, la classe social a la qual pertany, així com les pròpies vivències, acaben configurant uns coneixements, unes percepcions i unes creences que defineixen unes actituds i uns comportaments determinats. Els comportaments en salut en general, i en matèria de prevenció en particular, estan, doncs, molt relacionats amb tot el bagatge cultural i social que envolta i acompanya les persones al llarg de la vida. Ja que els conceptes de salut, malaltia i prevenció tenen una construcció cultural.

EIX 1: abans i ara

Les dones dels diferents grups culturals assenyalen clarament un abans i un ara respecte a la prevenció secundària del càncer de mama. En les dones **autòctones**, l'abans està representat pel que feien les seves mares i àvies. En el cas de les dones immigrants, l'abans el simbolitzen les experiències viscudes als seus països d'origen, la concepció cultural que hi havia allà sobre la prevenció, així com el que els seus sistemes sanitaris feien en aquest camp. Les percepcions i creences que les dones immigrades tenen respecte a les pràctiques preventives en general, i a la del càncer de mama en particular, provinents de les seves cultures d'origen, intervenen com a facilitadors o com a

barreres en la prevenció del càncer de mama al país d'acollida. Aquestes creences i valors poden modificar-se quan entren en contacte amb la cultura del país d'acollida, en funció del nivell d'integració assolit.

Per a les dones autòctones, la prevenció és un valor social que han après i assimilat, malgrat que ha estat introduït recentment, després dels darrers avenços i l'evolució sociocultural que hi ha hagut respecte al que feien les seves mares. Abans no es feia prevenció, ja que no hi havien els mateixos recursos que ara (més especialistes, més recursos, més tecnologia, etc.); la cultura preventiva no existia, també pel tabú que suposaven pràctiques com ara la visita al ginecòleg. Actualment, en canvi, fer-se revisions periòdiques és una cosa normal. El salt que veuen entre les seves mares i elles mateixes és el reflex de l'evolució social ràpida que hi ha hagut al nostre país i que ha generat unes noves necessitats socials, com la de fer prevenció.

La necessitat de la prevenció no és un valor uniformement reconegut entre les dones **latinoamericanes**, a causa de les característiques diferenciades del sistema sanitari de cadascun dels països de l'Amèrica del Sud. Per regla general, hi ha els recursos necessaris; algunes dones comenten que la sanitat estava molt evolucionada fins i tot quan elles vivien allà; el problema és que els recursos i els serveis solen estar principalment a les ciutats grans i molts són d'àmbit



privat. Els serveis públics existents solen ser més bàsics i també d'accés desigual en funció del lloc on es viu. En conseqüència, les dones de nivell socioeconòmic alt i/o d'origen urbà tenen la prevenció molt més assimilada que les d'àmbit rural i/o nivell socioeconòmic baix. Hi ha medicines alternatives i tradicionals, aparentment més utilitzades per les persones sense recursos i amb menys accés als serveis sanitaris, tot i que cal dir que en algun país aquestes medicines cada vegada van tenint més rellevància.

En general, les dones de **l'Europa de l'Est** tenen molt incorporada la prevenció, a causa, bàsicament, del fet que els antics règims comunistes promovien les revisions laborals periòdiques i també les revisions ginecològiques, ja des de joves, amb la mentalitat que el país necessitava que la gent treballés i, per tant, que estigués sana. A les dones se'ls ensenyava a fer correctament l'autopalpació. Tot això fa que tinguin molt assimilada la necessitat d'estar sana per a poder treballar i cuidar la família. Cal dir, però, que a Romania el Govern no fomentava la cura de la salut ni les pràctiques preventives de la mateixa manera que a la resta dels països de l'òrbita de l'antiga Unió Soviètica.

Les dones **filipines** no tenen assimilat el concepte de prevenció com a valor. Al seu país d'origen, el sistema sanitari és privat: cal pagar per rebre assistència, i els recursos es concentren majoritària-

ment en les poblacions més grans. Les persones que treballen al Govern sembla que sí que tenen una assegurança que els dona accés gratuït als serveis sanitaris, però només a uns serveis molt bàsics. Les pràctiques preventives no són una pràctica assimilada ni a l'abast de tothom.

En el cas de les dones **xineses**, la cultura de la prevenció i les comunes rurals han marcat la cultura comunitària i el costum de fer-se revisions laborals periòdiques (sobretot entre les dones que treballen en empreses vinculades al Govern). A la Xina es promou la informació sanitària, així com la prevenció i la importància de tenir cura de la pròpia salut. Majoritàriament, els recursos se centren a les zones urbanes, i hi ha desigualtats per zona geogràfica, nivell d'estudis i nivell socioeconòmic. Coexisteixen dues medicines: la tradicional i l'occidental, que es fan servir juntes o separadament. De fet, als hospitals s'utilitzen els dos tipus de medicines i es complementen. L'elecció de l'una o de l'altra es fa lliurement segons diferents factors: el tipus de malaltia, les preferències personals, etc.

Les dones **magribines** tenen una concepció sobre prevenció i salut molt marcada per l'islam. En general, no tenen una cultura preventiva i el seu rol reproductiu és la seva prioritat. El sistema sanitari dels seus països, que els darrers anys ha evolucionat, està vinculat a la Seguretat Social, en la qual hi ha afiliats els treballadors de l'administració i



els de diverses empreses. D'altra banda, hi ha molts autònoms, per als quals donar-se d'alta a la Seguretat Social depèn d'ells, però que normalment prefereixen pagar serveis concrets quan en necessiten, en lloc de pagar una quantitat fixa mensual. Per regla general, tant al Marroc com a Algèria, hi ha recursos sanitaris, però són insuficients per a tota la població i hi ha desigualtats en l'accés a aquests, segons nivell socioeconòmic, zona de residència i nivell d'estudis. Com a conseqüència d'aquest sistema sanitari, hi ha una part de la població, sobretot a les zones rurals, que fa servir la medicina tradicional, ja que és més barat que anar al metge i pagar per la consulta i les medecines.

La vida de les dones **pakistaneses i índies** en general també està molt marcada per la religió islàmica i el paper que aquesta assigna a la dona en la societat i en el si de la família. La prevenció no és pas un valor, i, per tant, no es generen coneixements, actituds ni conductes preventives. La informació que es transmet a les dones és limitada, independentment del que elles vulguin saber, pel fet de ser considerada inadequada. Amb referència al sistema sanitari dels seus països d'origen, els recursos més bàsics sí que estan a l'abast de tothom, tot i que són escassos, però cal pagar per un servei especialitzat, per segons quines proves i per una millor qualitat assistencial. Les dificultats en l'accés s'accentuen a l'àmbit rural, on els recursos, en ocasions, són pràcticament inexistents.

EIX 2: Cuidar-se per una mateixa o pels altres

Les dones dels diferents grups culturals tenen una actitud determinada davant la vida, la salut i la prevenció que les situa al llarg d'un eix que va des d'una posició determinista davant les qüestions de salut a una altra proactiva, que fa que es tingui cura de la pròpia salut i es faci prevenció i detecció precoç. Tenen diversos motius per a cuidar-se i fer prevenció, la qual cosa fa que se situïn en punts intermedis de l'eix. En totes elles és present la importància del seu paper com a mares i dones i com afectaria el seu entorn el fet que elles emmalaltissin. A vegades el que canvia és la manera d'afrontar la mateixa preocupació. Davant la necessitat de tenir cura dels fills, les unes anteposen aquesta responsabilitat i deixen la pròpia cura en últim terme per manca de temps, i les altres són conscients que s'han de cuidar perquè, si elles no estan bé, el seu entorn, que les necessita, tampoc no ho estarà. Així, en l'actitud de les dones autòctones, de les llatinoamericanes que fa anys que van emigrar i de les xineses, és més present la necessitat de cuidar-se per elles mateixes. Valoren el fet de sentir-se bé i estar tranquil·les, i també tenen present la repercussió que podria tenir en el seu entorn més proper el fet de patir una malaltia greu i complexa com el càncer de mama. Cal subratllar que les xineses creuen molt en el que poden fer elles mateixes per estar sanes.





Les dones de **l'Europa de l'Est**, que ja viuen el fet d'estar sanes com una responsabilitat per a poder treballar i tirar endavant, senten que aquest sentiment és encara més gran de cara als fills, sobretot en el cas de les que estan sense parella. Com que depenen de si mateixes per a subsistir i tirar endavant els fills, aquesta necessitat de cuidar-se s'accentua amb el fet migratori.

Les dones **filipines** també tenen present que han de cuidar-se com a individus, però també com a membres d'una xarxa familiar que les necessita i una part de la qual encara s'ha quedat al país d'origen.

En el cas de les **llatinoamericanes** que han migrat els últims anys, les **magribines**, les **pakistaneses** i les **índies**, com hem comentat abans, aquesta mateixa responsabilitat que senten pels fills és abordada de manera diferent. Per elles, els fills i la família són el motiu pel qual no es poden cuidar. Concretament, les llatinoamericanes diuen que tenen poc temps i que aquest el dediquen a treballar tant com poden per guanyar-se la vida i cuidar els fills. A més, tenen un instint molt protector que fa que a vegades fins i tot amaguin la malaltia per no fer patir els altres.

En el cas de les **magribines**, les **pakistaneses** i les **índies** en les primeres fases de constitució de la família, el procés d'integrar-se a la família del marit i la cultura patriarcal que marca el seu rol

de subjecte productiu dins la família, els ocupa molt de temps i energia i fa que prioritzin la cura dels altres per damunt de la pròpia. A més a més, són joves i, per tant, en general estan sanes i no necessiten atenció mèdica. En el moment que la dona té també un rol de subjecte productiu en el mercat laboral, aquest rol les converteix en un membre important dins la família i el discurs canvia, ja que llavors que creuen que primerament han de procurar estar bé elles, per a poder cuidar dels altres. Això sol passar en les d'un nivell cultural més alt.

En totes les dones immigrants, la consciència i la necessitat de cuidar-se s'incrementa amb el temps d'estada aquí i a partir d'una determinada edat (40-50 anys), en la qual diuen que les dones estan més exposades a emmalaltir, en part a causa de la menopausa. Per exemple, les dones pakistaneses diuen que quan tenen de 40 a 45 anys ja estan més tranquil·les respecte a les seves obligacions familiars i ja no són tan joves ni estan tan sanes, per la qual cosa es comencen a plantejar cuidar la seva pròpia salut. També, a partir d'aquesta edat tenen més seguretat en elles mateixes.

Eix 3: Conducta proactiva-reactiva o determinista

Les dones afronten la prevenció des de diferents posicions: determinista o proactiva. Dins les dones que tenen una conducta proactiva, ens trobem amb





dues realitats diferents, però que es poden complementar: les que entenen la prevenció lligada a la tecnologia i les proves, i les que l'entenen d'una manera més holística lligada als hàbits saludables i a l'actitud optimista davant la vida.

Les dones **autòctones** tenen un concepte de salut i prevenció lligat als hàbits de vida saludables, però sobretot a la realització de proves i la utilització del sistema sanitari per estar controlades. Com que moltes malalties poden sorgir sense que el malalt ho pugui controlar i malgrat que hagi adoptat hàbits saludables, cal fer els controls de salut periòdics. És destacable, sobretot entre les dones de nivells d'estudis alts, la vinculació que fan de la prevenció amb la realització de més proves per tal de quedar-se més tranquil·les. Tot i tenir un concepte de prevenció molt lligat a la tecnologia, creuen que l'equilibri biopsicosocial és molt important, ja que la salut va més enllà de l'absència de malaltia. Consideren que el ritme de vida accelerat és negatiu per a la salut i que cal dedicar temps al propi cos, i fan referència a tècniques de relaxació i al fet d'estar bé amb el propi cos. En general, els hàbits saludables donen una qualitat de vida més alta.

En el cas de les dones **llatinoamericanes**, hi ha diferències en el concepte de prevenció. D'una banda, per a les dones que fa anys que viuen aquí i que normalment solen tenir un nivell d'estudis alt, aquest concepte està lligat

a hàbits de vida saludables, però sobretot a la realització de controls i revisions periòdiques. Per a elles, la prevenció és important i consideren que, tenint a l'abast els mitjans necessaris, la salut és una responsabilitat privada de cadascú. Cal prendre consciència d'aquesta responsabilitat i fer les revisions que pertoca, ja que la sanitat aquí és a l'abast de tothom. Tot i això, la pressió del dia a dia fa que la cura de la pròpia salut es vagi relegant, i més si pensen en termes de prevenció. En el cas de les dones que fa menys temps que han immigrat, normalment per motius econòmics i amb pocs estudis, mentre es trobin bé per anar a treballar no es poden permetre el luxe de perdre hores de feina per anar a fer-se revisions preventives. En tot cas, aniran al metge en el moment en què el seu estat de salut no els permeti treballar. A més, algunes informants diuen que encara hi ha moltes dones que tenen una actitud determinista i no es fan cap mena de revisió.

Les dones de **l'Europa de l'Est** tenen, en general, una actitud proactiva. Donen molta importància als hàbits saludables. Sobretot creuen que és molt important fer exercici i tenir una bona dieta i una actitud i mentalitat positives. Malgrat tot, s'observen dues posicions quant a la conducta preventiva. D'una banda, les dones de l'antiga Unió Soviètica tenen una actitud més proactiva, de cuidar-se, probablement arran de l'hàbit de les pràctiques preventives amb



què han viscut als països d'origen, tot i que a vegades hi ha diferències entre allò que creuen i allò que fan. En canvi, en el cas de les dones romaneses, com que la prevenció no era pas un hàbit al seu país d'origen, tenen una mentalitat més determinista. Les més grans tenen un cert pudor d'anar al ginecòleg; al seu país d'origen no hi havia el costum de fer revisions d'aquesta mena, i això influeix en la conducta posterior al país d'acollida. Aquesta barrera de la vergonya d'anar al ginecòleg es va superant entre les dones més joves i les que fa més temps que viuen aquí.

Les dones **filipines**, en general, basen el fet de cuidar-se i tenir cura de la seva pròpia salut en el manteniment d'uns hàbits saludables, més que no en les revisions mèdiques. Donen una importància especial a fer una dieta a base de verdures, fruites, cereals i soja tot evitant el consum de greixos; creuen que cal fer exercici i mantenir una actitud positiva (estan convençudes que l'estrès és una font de malalties i, en particular, del càncer de mama). La medicina natural també és important per a mantenir la salut, i es fomenta molt a les Filipines, on, entre altres coses, es pren molt te i ginseng.

Les dones **xineses de nivells d'estudis alts i d'àmbit urbà** tenen una actitud proactiva vers la salut, però lligada fonamentalment a mantenir hàbits saludables; i no esperen a trobar-se malament per anar al metge, ja que podria

ser massa tard per a tractar qualsevol malaltia. Al igual de les filipines, donen molta importància a la dieta; el consum de greixos i fregits, segons elles, representa un risc per la salut i pot ser font de malalties. En conseqüència cal incrementar el consum de verdura (el bròquil és considerat anticancerós), fruita i peix. També valoren altres hàbits com ara fer exercici i no fumar. Donen molta importància a l'alegria, a l'actitud positiva davant la vida i a viure sense estrès. Per a poder lluitar contra les malalties i superar-les és important tenir esperit positiu i lluitador, però elles tenen molta por i diuen que els sembla que les autòctones afronten la malaltia sense que les afecti tant.

Les dones **magribines** pertanyen a una cultura en la qual es dóna molta importància al fet de cuidar-se, sobretot amb dues finalitats: la salut reproductiva i l'estètica. D'una banda, consideren que les dones casades en edat fèrtil han de cuidar tots els aspectes vinculats a la maternitat, i en el seu discurs parlen molt de la matriu. L'aspecte físic cobra molta importància i és molt valorat en la seva cultura (per a ser acceptades) i alhora és un aspecte molt íntim i reservat de la dona per al marit; i és per això que els seus vestits les cobreixen i alhora les protegeixen d'aspectes externs que poden ser nocius. El seu concepte de prevenció també està lligat als hàbits de vida saludables, a tenir una bona xarxa social i a viure amb tranquil·litat, per damunt del fet de



fer-se proves mèdiques. Les directrius de l'islam (no ingerir carn de porc, no consumir drogues ni alcohol o una determinada manera de vestir —les dones van molt tapades—) van encaminades a preservar aquest estil de vida saludable i protector.

Les dones **pakistaneses** i **índies** tenen una actitud determinista davant la salut. Es va al metge quan s'està malalt o es té algun problema de salut. Com a actitud i conducta preventiva entenen anar a fer-se anàlisis de sang i d'orina, en les quals creuen que es reflectiria si tinguessin cap problema. Malgrat tot, tenen una actitud preventiva si necessiten atenció durant l'embaràs i el part i pensen que cal fer una vida saludable: exercici, menjar sa, cuidar-se per tenir bona salut i per estar feliç i guapa, etc. Ara bé, una vegada es té un càncer, ja hi ha poca cosa a fer.

En definitiva, el procés migratori, els seus problemes derivats i el rol de dona immigrada influeixen en la conducta preventiva al país d'acollida de les dones immigrades, marcada per factors com ara el desconeixement i la manca d'informació sobre el sistema sanitari, la manca de temps, la prioritat de la feina sobre les visites al metge, les càrregues familiars amb poc suport, etc.

Amb el temps hi ha una evolució en les conductes preventives de les dones immigrades, ja que tant els factors facilitadors com les barreres van canviant.

Configuracions semàntiques

Coneixements, percepcions i creences

Les creences, els valors i els coneixements sobre el càncer de mama o la prevenció d'aquest estan molt influïdes pel discurs existent a cadascun dels països d'origen de les immigrants.

Els resultats obtinguts es mouen al voltant d'uns eixos marcats per la desigualtat de classe, pel fet de provenir d'un àmbit rural o urbà i pel nivell d'estudis. Els coneixements (tant dels hàbits saludables en general, com del CM i la prevenció d'aquest, la detecció, el tractament o la curació, entre d'altres) i les conductes envers la salut, la prevenció i el CM són diferents segons els determinants de desigualtat esmentats.

Càncer de mama

En general, totes les dones consideren que el càncer de mama és una malaltia greu i incontrolable. Apareix sense avisar, independentment del fet que la dona tingui uns hàbits saludables, ja que és dins de l'organisme i es desenvolupa sense presentar uns símptomes evidents. Partint d'aquesta percepció comuna, es van trobar matisos diferents.

En el cas de les dones **autòctones**, totes les informants van parlar sobre el càncer de mama i aspectes concrets com



ara la detecció d'aquest, el tractament, l'evolució o les conseqüències. Consideren que el càncer de mama és un dels que té més bon pronòstic si es detecta a temps. Un cop detectada la malaltia, el procés al qual se sotmet a la dona, amb intervencions i tractaments agressius, és molt desagradable i té conseqüències que afecten els seus signes de feminitat, com perdre ara els cabells, el pit, l'avançament de la menopausa en les dones joves el tractament, a vegades la infertilitat, etc. En la majoria de malalts de càncer sorgeix una actitud lluitadora i de fortalesa per ells mateixos i, sobretot, per la família. En resum, consideren que, malgrat ser una malaltia molt greu, normalment una detecció a temps ajuda a curar-la.

EbV46: “Yo siempre he observado que las personas que padecen un cáncer de mama sobre todo (bueno, yo hablo por las mujeres), tienen como una fuerza, que, oye, que parece que el cáncer lo tengas tú, porque ellas van con una... Yo quiero vivir. [...]”
(*Autòctona no universitària, 59 anys*)

Les **dones de l'Europa de l'Est** consideren que el CM és una malaltia molt seriosa, greu i mortal, sobretot al seu país d'origen, al qual, a causa de la manca de recursos, quan es detecta, la malaltia ja està en un estadi massa avançat. Això, al país d'acollida afortunadament en molts casos no és així, gràcies a la

detecció precoç propiciada pel fet que hi ha més recursos i a l'abast de tothom. Tot i això, també pensen que és una malaltia incontrolable, i és aquesta manca de control el que més por els fa.

En el cas de les **llatinoamericanes**, les desigualtats segons nivell socioeconòmic, cultural i àmbit de residència (rural o urbà) al país d'origen són força evidents. Les de medi urbà i bon nivell educatiu i socioeconòmic, abans d'emigrar ja coneixien la malaltia i les seves formes de detecció amb més o menys incorreccions. També parlen dels tractaments i les seves conseqüències. En general, consideren que és una malaltia greu i que és qüestió d'atzar a qui li toqui patir-la. La por i el respecte que generen aquesta malaltia provocaven que a l'Amèrica Llatina fins fa poc es considerés una malaltia tabú.

Les dones **filipines** no tenen una idea gaire clara sobre la malaltia, llevat del fet que és una malaltia greu i incurable, sobretot al seu país i per a les persones pobres, ja que no tenen recursos per tractar-la. Tenen la percepció que allà no és gaire freqüent, ja que, com que van marxar joves del seu país, no en van conèixer gaires casos.

Les **xineses** creuen saber què és la malaltia, si es pot prevenir o no i algunes mesures de detecció precoç, identificant com a tals l'autopalpació i la mamografia. En general, creuen que es tracta d'una malaltia molt greu però que, si





es detecta a temps, es pot curar i que els avenços i la detecció precoç n'han disminuït la visió tan negativa. Malgrat tot, els coneixements no són iguals en totes les dones xineses; sembla que les d'àmbit rural i amb nivells d'estudis més baixos no tenen tan clara aquesta informació. Afirmen ser una comunitat molt alegre i que en certa mesura l'alegria és un motor en la seva vida. La malaltia els fa tanta por que senten que el sol fet de parlar-ne els treu aquesta alegria, i per això no els agrada gaire parlar-ne ni pensar-hi.

XsY23: “Cuando la gente oye «cáncer», ya tiene miedo, cualquier tipo de cáncer ya tiene miedo, ¿sabes? Eso es normal. El cáncer, piensa que es una enfermedad grave. [...] El cáncer no es una enfermedad sencilla. No puede ser así. Hay que pensar primero que es grave. Entonces tú puedes ir a curar [...] Luego, si no pasa nada, ah, bueno, bueno. Hay gente que quiere vivir más tiempo, hay gente que muy triste, depende de qué persona...”
(Dona xinesa, 59 anys)

Les dones **magribines, pakistaneses i índies** en general tenen poc coneixement sobre el càncer de mama; un coneixement que no és homogeni. En el cas del Marroc, sobretot abans el càncer de mama es considerava contagiós, motiu pel qual hi havia prejudicis davant la malaltia, fins al punt de decidir aïllar les malaltes. Actualment perceben que

no és així. Quan parlen del càncer de mama, utilitzen conceptes com ara “el maligno” o “tumor maligne”, dos conceptes expressats en termes masculins. El consideren un tumor que pot ser benigne (“hembra”) o maligne (“macho”). Per a aquestes dones, el que els fa més por d'aquesta malaltia és que la consideren “mutilant” (l'associen a l'extirpació de la mama).

Mediadora: “Dice IS4 que, al escuchar la palabra «cáncer» [...] y las mujeres no se hacen pruebas y «cáncer» es una palabra muy fuerte, y la gente no habla mucho de esto.”
(Dona índia, 42 anys)

Entre les **pakistaneses i índies** que en saben alguna cosa, principalment algunes dones de classe social alta creuen que es tracta d'una malaltia greu referent a una tumoració al pit.

En alguns grups, el sentiment de por accentua el sentit religiós de la persona que pateix la malaltia. Entre les magribines, a vegades el fort component religiós provoca que el càncer de mama es vegi com un càstig diví i és acceptat com a purificació del mal/pecats i, per tant, amb resignació.

MaH34: “Piensa... Muchísima gente que se resigna; como da miedo, la gente se resigna, lo acepta. Hay muchos... muchos cambios de conducta; la gente se vuelve (como saben que la muerte la ti-





enen muy cerca, la pueden tener más cerca), pues la gente se vuelve un poco más religiosa incluso, m... [...] Claro, lo que tú dices: la percepción de la enfermedad; la percepción puede ser también como un castigo; entonces muchas personas, cuando tienen... si han hecho algo malo, pues lo asocian también porque han hecho esto. Puede ser también purificación de pecados... ¿Sabéis?, como hemos hecho esto, pues Dios nos ha dado... nos ha dado esto para purificar el mal que hemos hecho.”
(*Informant clau marroquina, 40 anys*)

Respecte a la **curació** de la malaltia, com que consideren que es tracta d'una malaltia greu, pràcticament totes les informants associen el càncer de mama amb la mort, tot i que en diferent grau. D'una banda, les dones autòctones, les llatinoamericanes, les de l'Europa de l'Est i algunes filipines i xineses perceben que, com més aviat es detecti, és menys probable que arribi a ser mortal. Però, d'altra banda, en el cas de les dones pakistaneses i índies i la majoria de les magribines, com que molts dels casos coneguts als seus països es detectaven tard i no se superaven, associen el CM amb malaltia mortal. De fet, ho associen sobretot a la manca de recursos, de manera que en alguns casos, com en el de les filipines, directament es refereixen al càncer com la malaltia dels rics, ja que cal tenir molts diners per a poder curar-se.

EsD52: “Sí. Hombre, claro, también depende si ha pasado a ganglios, si no ha pasado a ganglios..., que es lo que ocurre. Pero, en fin, en principio se localiza muy pronto y... Hombre, si te haces las revisiones cuando debes..., pues se encuentra rápido. Y como todas nos las hacemos, yo creo que ya casi todo el mundo va...”
(*Autòctona universitària, 62 anys*)

FP35: “Es incurable.”

FC38: “Dicen que es la enfermedad de los ricos porque hay que tener mucho dinero para superarla.”
(*Dones filipines, 57 i 43 anys*)

Mediadora: “Que no se puede curar: se mueren por la enfermedad.”

Pr.: “Claro. PC1 entonces comenta que no se puede curar porque no lo previenen, no tienen las medidas preventivas.”

Mediadora: “No se puede curar.”
(*Dona pakistanesa, 42 anys*)

Al cap d'un temps de viure aquí, es produeix un canvi de la percepció del càncer de mama com a malaltia. L'accés a la tecnologia i als serveis, cosa que no es dona als països d'origen, i el fet d'haver conegut aquí casos de dones que han sobreviscut, fan que vagin canviant la percepció. Es troba una ambivalència sobre el CM “sempre mortal” i el CM





“s'està investigant - hi ha alguna possibilitat”. Tal com expressen les dones llatinoamericanes, consideren preferible que es diagnostiqui la malaltia al país d'acollida perquè així es pot curar.

AbA68: “[...] Por eso te digo que he conocido durante todos estos años muchos casos, no solo de cáncer de pecho (estas son de pecho), sino otro tipo de cánceres también. Y sabemos que esto está allí y tenemos que tomarlo, pues, como una cosa que, gracias a Dios, vivimos en el primer mundo y, si nos hacemos controles y chequeos, podemos salir adelante. Luchar contra aquello, ¿no? Y ya está.”
(Dones llatinoamericanes no universitàries, 54 anys i 53 anys)

Malgrat que molts casos de CM se superin, les dones autòctones i les llatinoamericanes comenten que acaba sent una malaltia crònica, ja que el perill de recaure estarà present durant tota la vida de la dona.

AsG15: “[...] Entonces, mira (yo toco madera), en el momento que te detectan un cáncer es vivir toda la vida así porque la gente dice «me curé», pero «curé» es tener esto aquí en la mente que te da vueltas y te martilla y lo que tu decías de tu padre que a veces fue rápido y fue terminal, porque dice una que salió que es una agonía, ya que estás bien, pero después cada

vez que vas al control es horrible.”
(Dona llatinoamericana universitària, 58 anys)

Segons les dones informants, els **factors de risc** del càncer de mama són els següents:

- **No fer lactància materna:** En general, tots els grups de participants creuen que no alletar els fills predisposa les dones a patir un càncer de mama.

AbA68: “[...] A parte que siempre oyes comentar: «Bueno, si tienes un hijo; si no tienes un hijo, eres más propensa a tener un cáncer de pecho; que si le has dado de lactar, que si no le has dado»...”
(Dona llatinoamericana no universitària, 53 anys)

- **Edat-fertilitat:** Les dones magribines consideren que l'edat en què la dona és fèrtil és més propensa a patir malalties com ara el càncer de mama i que, en canvi, un cop es té la menopausa, el risc disminueix.

MaH34: “[...] A veces, claro, con cincuenta años ya no tienen la regla. Entonces, claro, al no tener la regla, como ya estás libre de todo lo... ¿sabes?, estás libre de todas las enfermedades relacionadas con lo que... con lo que puede haber en la fertilidad, ¿no? [...]”
(Informant clau marroquina, 40 anys)





- **Component genètic:** Les autòctones, les llatinoamericanes i les magribines afirmen que el càncer de mama pot tenir un component genètic.

AbCO67: “Dicen que en el ADN, ¿no?, en el genoma. Donde vas a tener alguna... Hay una chica amiga mía en el barrio de San Andrés que su sobrina murió de cáncer. Su mamá también tuvo cáncer. La mamá de la mamá [...] cáncer de pecho. Y en el Hospital de Sagrada Familia la operaron. Entonces, a la hija y a las dos sobrinas les han hecho así un estudio genético para ver si, si... Porque dicen que en el de ellas sí está comprobado, y eso te lo pueden cortar.”
(Dona llatinoamericana no universitària, 54 anys)

- **Estat d'ànim:** Tristesa, depressió, enyorament, malenconia, etc. són factors de risc per al càncer de mama, així com altres malalties. Cal tenir una actitud positiva i no obsessionar-se amb la idea que ens passarà.

AbA68: “Y los médicos mismo te dicen que, si bajan tus defensas porque te deprimes, es cuando en seguida te puedes ir al otro barrio, porque se ve que justamente te ataca cuando te bajan las defensas: se extiende más rápido.”

¿?: “Sí, parece que científicamente está comprobado que el estado

anímico hace que se regenere más, que se reproduzca más.” (Dona llatinoamericana no universitària, 53 anys)

XsY23: “Exacto, eso, eso. Ahora no tenemos que pensar. Entonces, ahora pensar: «Si toca a mí, ¿qué voy a hacer?» Ahora lo he pensado: «Si toca a mí, ¿qué voy a hacer?»... Pero, tranquila, que duerma tranquila...”

Pr.2: “A veces no tenemos que preguntarnos: «¿Y si me toca a mí, ¿qué voy a hacer?» Si me toca, ya lo pensaré. Ahora me cuido, ahora me cuido; ¿para qué lamentarme?»...”

XsY23: “Eso. Exacto, sí. Por eso, importante cada año va a revisión. Eso es lo único, sí.” (Informant clau xinesa, 59 anys)

- **Ritme de vida:** La majoria de grups creuen que el ritme estressant amb què es viu darrerament, sobretot al món desenvolupat, pot arribar a generar malalties i a representar un fre a la curació, un cop iniciada la malaltia que sigui. Per tant, cal viure amb tranquil·litat i sense estressar-se.

MaH34: “No: para cualquier tipo de cáncer como cáncer de mama no hay reglas, o sea, no hay algo tan definido. La gente habla de que no es bueno ponerse nervioso, la





agitación no es buena, las agitaciones... La gente intenta estar tranquila, no ponerse nerviosa casi por cualquier cosa, no estresarse.” (Informant clau marroquina, 40 anys)

- **Cops:** Algunes participants, sobretot les llatinoamericanes, les de l'Europa de l'Est i les filipines, comenten que donar-se un cop al pit pot influir en el desenvolupament del càncer de mama.

AsR14: “[...] y no me ha salido ninguna novedad, aunque, no sé, por cosas de la vida tengo un presentimiento que alguna vez puedo tener problemas con esta mama porque sufrí un golpe muy terrible en mi país en este punto en este lado y por el tiempo me cogieron unos calentones, que se me ponen como un poco cambiados de color y todo, pero no pasa ahí.” (Dona llatinoamericana universitària, 56 anys)

- **Hàbits poc saludables:** La majoria de les dones comenten que determinades conductes, com ara fumar, seguir una dieta no adequada o desequilibrada o sotmetre's en excés a les radiacions solars, també poden predisposar la dona a patir un CM.

AbC65: “Sano. Comida sana. Que no tiene que estar asociada a comida fea y aburrida. La mayor parte de la gente... Me llama a mí muchas veces la atención el des-

conocimiento. Y que gente quizás de mi edad se asombre... de que... abusar de una McDonald's sea malo. O sea, que se asombre [...] como que te va a hacer una hamburguesa. Y las patatas [...]” (Dona llatinoamericana universitària, 50 anys)

XaS22: “[...] si, cuando tú tomas muchos fritos, las cosas fritas no se deben servir. Todo el día, todo el día, todo día comidas fritas, es muy malo... [...] Más lechuga, más tomate, más esto, ¿no?...”

XaS22: “[...] no estar tan tristes, más alegría, eso es muy importante, ¿no? ¿Sí o no? [Rialles] Hay que sacar las cosas tristes que tengas dentro; deben sacarse, ¿no?” (Dona xinesa, 50 anys)

Prevenió

Respecte a la prevenió, cal destacar que les dones autòctones, les llatinoamericanes i xineses de nivells d'estudis alts i les de l'Europa de l'Est tenen assimilada la noció de prevenió i vida sana.

Per les dones **autòctones**, la prevenió és un valor social que han après i assimilat recentment. En l'abans, representat per les seves mares, la prevenió era pràcticament inexistent. En l'actualitat, el sistema sanitari fomenta la prevenió i, per regla general, el que és difícil és no fer pràctiques preventives, ja que hi ha molta informació i facilitat d'accés. Han





rebut informació per part del seu ginecòleg sobre com fer-se l'autopalpació, però no tenen prou confiança per a fer-se-la perquè no es consideren prou expertes i per por a trobar-se alguna cosa. Saben que la mamografia és el mètode tradicional de detecció precoç i es pregunten sobre els efectes secundaris que pot tenir, a causa de les radiacions que emet. Comenten que reben missatges contradictoris sobre la periodicitat amb què s'han de fer les mamografies i a quines edats; això els genera desconfiança i arriben a les seves pròpies conclusions, que, normalment, van en la línia de pensar que “com més proves, millor” i “com abans, millor”.

Segons les **llatinoamericanes**, les dones, només pel fet de ser-ho, necessiten anar al metge (controls ginecològics, embarassos, etc.), i per aquest motiu tenen costum de fer prevenció i valoren positivament que es faci. Respecte a l'autopalpació, també la coneixen, però senten respecte per a fer-se-la a si mateixes, com els passa a les autòctones. Algunes llatinoamericanes coneixien la mamografia als seus països d'origen, i d'altres la van descobrir quan van arribar aquí. Comenten que, normalment, és una prova dolorosa.

AaC33: “Eso lo enseñan a una, cuando una va al examen por primera vez o por segunda vez y le enseñan a una como hacérselo, esto. Y ahí, ahí... ahí... en los centros sanitarios les enseñan a las mujeres a hacer-

se..., a tocarse. [...] No, no es una práctica normal. Lo mismo que en otras partes. [...] Sí, supongo que el primer mes, por la curiosidad... Pero después ya se le olvida y...”
(*Informant clau llatinoamericana, 51 anys*)

Les **dones de l'Europa de l'Est** consideren que l'autopalpació és un mètode de detecció del càncer de mama molt arcaic i poc fiable, que detecta la malaltia en fases avançades. Malgrat tot, en cas de no tenir accés a cap altra tècnica de detecció, l'autopalpació és millor que res. La mamografia la consideren fiable i eficaç, i es mostren més optimistes enfront de la malaltia en saber que al país d'acollida és el mètode utilitzat sistemàticament en la detecció precoç.

Les dones **xineses de nivells d'estudis alts i àmbit urbà** consideren que cal prevenir qualsevol tipus de malaltia i que, per tant, cal fer-se revisions periòdiques, sobretot a partir dels quaranta o quaranta-cinc anys. Totes tenen clar que han de cuidar de si mateixes fent tot allò que puguin per la seva salut, que bàsicament consisteix a mantenir uns hàbits saludables i fer una revisió general anual. Les xineses de nivells d'estudis alts fan més referència a la mamografia, i les de nivells d'estudis baixos parlen més d'autopalpació, com a mètodes de detecció del CM.

La resta de grups (**xineses de nivells d'estudis baixos, les filipines, les magribines, les pakistaneses i les índies**)



tenen menys integrat el concepte i la pràctica de la prevenció, i creuen que cal anar al metge només en cas de trobar-se malament i/o per qüestions reproductives lligades al control de l'embaràs i el part.

Mediadora: “Dice [tradueix el que diu IS4] que no sabemos que tenemos que hacer revisión y no la hacemos.”

Pr.: “¿No lo saben? ¿Por qué?”

Mediadora: “Porque [tradueix el que diu IS4] ella cada tiempo se hace prueba de sangre, y en la sangre sale todo. Por eso está más tranquila y no hace nada; el médico lo sabe.”

(Dona índia, 42 anys)

Algunes dones filipines coneixen i practiquen l'autopalpació perquè al seu país, en algunes zones, es promouia aquesta pràctica. En canvi, no acostumen a fer-se la mamografia per desconeixement, manca de costum i per por al resultat.

FM41: “El cáncer, creo que sí. Sí se puede prevenir. [...] Ahora, el cáncer de mama, pues yo siempre me decía que tienes que palpar... Tienes que palpar. Si tienes bulto, yo siempre lo hago también, en la ducha voy palpando. [...]”

(Dona filipina, 61 anys)

Per a les magribines la prevenció no és important i la cura de la salut en la dona està vinculada a la fertilitat, tot i que algunes no fan cap seguiment perquè continuen amb la idea del seu país d'origen sobre que, si no hi ha dolor, no cal anar al metge.

MaH34: “[...] Hay algunas que no hacen tanto seguimiento, hay personas que no lo hacen. No hay una adherencia total, por el tema este que te dije, que hay una «estoy bien, entonces no tengo porque ir». *(Informant clau marroquina, 40 anys)*

Pr.: “Si se encuentra mal, tienen algún síntoma...”

MaN63*: Exacto. Tengo mareos o tengo un dolor de cabeza: si paso esto un día, una semana y después ya se me va y dentro de un mes me vuelve, no sospecho que tenga algo muy grave, hasta que se repite frecuentemente. Allí si ya se va a visitar a su... con el médico.” *(Informant clau algeriana, 41 anys)*

Les dones **magribines** han sentit a parlar de l'autopalpació, però no la practiquen perquè culturalment està mal vist tocar-se. La mamografia la coneixen, sobretot, les que anomenen “dones modernes”, és a dir, dones amb estudis, i també les que viuen a les zones urbanes.

Les **índies** i les **pakistaneses** són les que tenen un desconeixement més gran sobre



l'autopalpació i la mamografia. La majoria no en saben res, i les que n'han sentit a parlar, no fan cap de les dues pràctiques.

Pr.: “Pero ¿conoces todas las medidas? La mamografía, la palpación mamaria...”

IS4: “No.”

Pr.: “No las conoces. ¿Y tú tienes revisiones periódicas con tu ginecólogo?”

Mediadora: “Es que no hace revisiones. Si tiene fiebre o alguna cosa, sí que va al médico; pero normalmente, no, no lo hace. Nunca ha hecho una revisión a la ginecóloga.”
(Dona índia, 42 anys)

Alguns grups, com ara les **autòctones** i les **llatinoamericanes de nivells d'estudis alts**, tenen clara la diferència entre la prevenció primària i la secundària. No fan servir aquests termes, però tenen clar que, en el cas del càncer de mama, no hi ha mètodes per a evitar-ne l'aparició, ja que és imprevisible i, tot i tenir bons hàbits, igualment es pot desenvolupar la malaltia. Per tant, no es pot fer prevenció primària, però sí que es pot diagnosticar a temps, i pensen que és important fer-ho.

Respecte a les proves de detecció precoç del CM, algunes dones (**autòctones, llatinoamericanes i de l'Europa de l'Est**) perceben un risc en no fer-se revisions

ni proves de forma periòdica, però també creuen que és perillós un excés de proves a causa de les radiacions, la qual cosa justificaria la periodicitat bianual. D'altra banda, hi ha dones que creuen que caldria fer mamografies més sovint (“com més, millor”), almenys cada any, i d'altres també diuen que caldria començar-les a fer abans dels cinquanta anys.

AsG15: “Porque otro problema que hay es la radiación. También hay que saber que da un poco de miedo, que no sabes que es peor si el control o la radiación. Pero, bueno, a mí los médicos me dicen que no hay problema. Porque muchas veces no la mandan cada año, sino cada dos años por lo mismo. [...] No es hacerse, pero tan malo es el exceso como el defecto, ¿no?”
(Dona llatinoamericana universitària, 58 anys)

Algunes **autòctones** i les **llatinoamericanes de nivells d'estudis alts** també parlen de l'ecografia mamària com a mètode de detecció precoç del CM. Critiquen el sistema sanitari públic per fer poques ecografies mamàries, segons el seu parer, per qüestions d'estalvi econòmic. Consideren que se n'haurien de fer més i de manera més rutinària, sobretot entre els quaranta i els cinquanta anys, per tal d'evitar les radiacions de la mamografia i perquè l'ecografia permet veure algunes troballes radiològiques que no queden clares en la mamografia, sobretot quan es tracta de pits fibrosos.



EsL57: “Bueno, tampoco se hacen anteriormente por un problema de... Al menos lo que me han explicado a mí. Que es una radiación que, en el caso de que no sean necesarias estrictamente, pues es más aconsejable una ecografía, que te puede ayudar a detectar si tienes un problema. Entonces si se tiene o se prevé que puede tenerse, entonces, vamos a la mamografía. Eso es lo que yo al menos me han dicho los doctores. Que el cáncer, por la edad que tenemos, cuando todavía no hemos llegado a los cincuenta, pues es mejor no radiar demasiado el cuerpo, pero bueno...”
(Autòctona universitària, 46 anys)

Determinats grups, com ara les **xineses, les filipines, les magribines o les indo-pakistaneses**, tenen molta confiança en la medicina tradicional dels seus països, basada en productes naturals. Tenen molt clara, però, la utilitat de cada tipus de medicina; així, per a tractar un càncer de mama diuen que es necessària la medicina occidental, mentre que la tradicional és efectiva per a millorar la supervivència i la qualitat de vida. De fet, als seus països d'origen co-existeixen totes dues.

XaS22: “Aquí, aquí, es medicina, es todo pasta. A veces duele, duele la boca, puedes hacer daño a otro sitio cuando tomas medicinas, eh! Pero en China tú ya sabes: hierba es muy antigua, muy naturalmente.

Y digo otra cosa: si, por ejemplo, entre nosotros muchísimo trabajar, estás muy cansado de trabajar aquí, ¿no?, también no mucho tiempo. Por ejemplo, si una persona enferma grave, directo a China.”
(Dona xinesa, 50 anys)

Moltes dones, quan viatgen a la Xina, aprofiten per a fer-se revisions i, en ocasions, tractaments.

Fonts d'informació

En general, les informants han rebut la informació que tenen sobre el càncer de mama i la salut de diverses fonts, tant als seus països d'origen com al d'acollida (serveis i professionals sanitaris, ONGs, mitjans de comunicació, etc.). La principal font d'informació i sensibilització vers el càncer de mama és el coneixement de casos propers.

EsD52: “Que hay mucha gente, pero cada vez te enteras... Sobre todo te enteras más cuando te toca a ti, ¿no? Ay, pues fulanita, pues menganita, pues a esta otra también, pues tal...”
(Autòctona universitària, 62 anys)

XsY23: “Sí, sí, sí, conoce, conoce. Sí sabía del tema porque tengo una abuela [...]. Abuela de pequeña tuvo este tipo de cáncer en China.”
(Dona xinesa, 59 anys)

Les dones autòctones comenten que reben informació de tot l'en-





torn, ja que aquesta circula per diversos canals accessibles a tot-hom i realment és difícil no assabentar-se de les coses. Els professionals de la salut són la font d'informació més fiable.

EsD52: “[...] Pero, por lo que yo puedo ver, lo que oigo en información por televisión, lo que sale por los periódicos y todo, parece ser que es de los que están más controlados. [...]”
(Autòctona universitària, 62 anys)

EsL57: “Bueno, tampoco se hacían anteriormente por un problema de... Al menos lo que me han explicado a mí. [...] Eso es lo que al menos me han dicho los doctores. Que el cáncer, por la edad que tenemos, cuando todavía no hemos llegado a los cincuenta, pues es mejor no radiar demasiado el cuerpo, pero bueno...”
(Autòctona universitària, 46 anys)

La premsa, la radio i la televisió són mitjans utilitzats a molts països, però no sempre arriben a tota la població o no s'entenen de la mateixa manera, tal com passa sovint a l'**Amèrica Llatina**, sobretot a les zones més rurals. Les persones que emigraran solen tenir nivells culturals baixos, i això fa que, malgrat que tinguin accés a la informació, aquesta no la retinguin o no l'entenguin.

AaC33: “Quédate que la televisión no todo el mundo la ve, quédate que la radio nadie la escucha. Entonces, pero una información así [...] con esa clase de información se accede al 70-80% de la población, pero el otro 20% queda marginado. Entonces...”
(Informant clau llatinoamericana, 50 anys)

A la **Xina**, es reserven espais als diaris o hi ha revistes i programes de televisió especialitzats, a través dels quals es difonen continguts sobre hàbits saludables.

Mediadora: “Yo he leído mucho en el periódico. Y en China también viene revista. En el periódico también cada semana sale una hoja sobre tema de...”

Mediadora: “Y hay una hoja con información para saber...”

M2: “En Hong Kong, también. Hay un programa sobre salud.”

Pr.: “¿En la televisión?”

M2: “Sí, sí, de salud explicando qué tomar para la salud, para adelgazar...”
(Informant clau xinesa, 59 anys)

Per a les dones **magribines** la televisió és el mitjà de comunicació més important, però també hi ha desigualtats en l'accés a aquest mitjà de comunicació.





En el cas de les dones **pakistaneses i índies**, els pocs coneixements que tenen sobre el càncer de mama els han adquirit des que viuen aquí.

El metge de família hauria de tenir més temps a les visites per fomentar hàbits saludables i preguntar a les dones si ja s'han fet la mamografia i informar-les perquè se les facin. Altres comenten que el metge de capçalera no té aquesta obligació perquè no té prou temps per aquest tipus de qüestions.

AbC65: “A ver, esto está puesto por allí... Yo no veo que la gente se pare a mirar... Entonces, de la misma manera que el médico de cabecera dice: «Bueno, ahora tenemos que darle la vacuna de la gripe, la vacuna de la no sé qué...», de esa misma manera el médico de cabecera que indique que le toca, que diga: “¿Se hizo la mamografía? Tiene que recordar que durante estos dos meses se están haciendo las pruebas y se las tiene que hacer, que no duele nada,...» Porque hay muchas que no [...]”

AbA68: “No tienen tiempo hoy en día, los médicos de cabecera. Lo único que sí deberían de tener es este tipo de trípticos informativos y, bueno, si ven a la gente que va, entonces decirle: “Mire, tenga este folleto.” Por lo menos, que la gente se lo mire, ¿entiendes?”
(Dones llatinoamericanes no universitàries, 50 i 53 anys)

La majoria de les informants coincideixen a dir que, malgrat que hi hagi informació, en un grau més alt o més baix, als seus països d'origen, hi ha desigualtats pel que fa a l'accés a aquesta, a causa de les barreres que representen el medi on es resideix o el nivell d'instrucció de les dones.

Al medi rural hi ha menys recursos, menys disponibilitat d'informació i més dificultat d'accedir a la poca que hi ha (pocs centres sanitaris i allunyats dels nuclis de població, manca d'accés a mitjans de comunicació, etc.). Per tant, la població de les zones rurals queda més aïllada quant a la recepció d'informació.

Amb referència al nivell d'instrucció de les dones, si aquest és alt, facilita l'accés a la informació i també ajuda a processar-la.

AaC33: “Los centros de salud, sí. Los centros de salud lo hacen, pero yo te digo, por ejemplo: en el campo hay centros de salud a tantos kilómetros. Entonces, muchas veces, o sea, son centros de salud a los que les llega la información muuuy de vez en cuando. Ni siquiera, ni siquiera son capaces de decir, bueno, hay un centro de salud en la «Conchinchina»; a ver, llévale toda esta información hasta que se le acabe. [...] están promoviendo. Es eso, se promueven proyectos, programas de este tipo, pero muy... no con la competencia con la que debería hacerse.”





Pr.: Sí, sí.

AaC33: Falta mucha, mucha... de llegar a la gente. Mucha. Se llega a la mayoría, pero no a todos.”
(*Informant clau llatinoamericana, 50 anys*)

En general en totes les dones immigrants, però molt marcadament en el cas de les pakistaneses i índies, el fet de viure al país d'acollida també fa que algunes d'elles hagin adquirit coneixements vers el CM. En aquest context, és on la xarxa associativa d'immigrants pren un paper rellevant.

Actituds i percepcions

En la banda més proactiva envers una actitud de cuidar-se se situen les dones autòctones, llatinoamericanes, de l'Europa de l'Est, les xineses de nivells d'estudis alts, les filipines més grans i que fa més temps que viuen aquí i algunes magribines. Totes elles, en general, donen molta importància a la salut i al fet de cuidar-se, seguint uns hàbits adequats per a la salut, com ara una dieta equilibrada segons les seves pautes culturals, fer exercici, no fumar, etc.

Les **autòctones** afirmen que actualment el càncer de mama és un dels que tenen més bon pronòstic si es detecta a temps. Per això, és important fer-se revisions mèdiques periòdiques, i en particular les ginecològiques en el cas

de les dones, ja que la detecció precoç és l'única manera de poder combatre la malaltia si es presenta. Consideren que la salut no és només l'absència de malaltia, sinó que també té a veure amb un equilibri entre els aspectes físic, mental i social de la persona. Les **llatinoamericanes** afegeixen que aquí hi ha tots els mitjans necessaris i accessibles a tothom i que, per tant, és una responsabilitat personal fer-se les revisions.

Les **xineses** confien més en allò que pot fer cadascú per la seva pròpia salut més que en revisions mèdiques amb professionals occidentals.

Les **xineses**, les **filipines** i les **magribines** parlen del fet que al país d'acollida, a causa del fet migratori, les dones tenen més preocupacions, tristors, etc., que afecten negativament la seva salut.

En la banda més reactiva, se situen les dones xineses d'estudis baixos, les filipines més joves i que fa menys temps que viuen aquí, moltes de les magribines i les pakistaneses i les índies, així com les llatinoamericanes de migració econòmica i recent. Aquestes darreres, a causa, bàsicament, del seu rol dins el nucli familiar i social, no donen importància a cuidar d'elles mateixes perquè primer han de cuidar de la resta dels membres del nucli familiar. I creuen que, com a hàbits saludables, cal fer exercici, seguir una dieta sana i prendre herbes i productes naturals.



Mediadora: “IP3 dice que, cuando sentimos alguna cosa, un poco de dolor o una cosa rara, pues nos vamos al médico, y el médico recomienda: «Te tienes que hacer estas pruebas», y entonces sí que sabemos que es un cáncer de mama o... qué enfermedad tenemos.”
(Dona pakistanesa, 40 anys)

Totes, tant si se situen en una posició com en una altra, són conscients que, per molt que se segueixin uns hàbits saludables, no es pot evitar l'aparició del càncer de mama, ja que és cosa del destí i no es pot fer res per evitar-lo.

La majoria consideren important tenir una mentalitat i una actitud positives davant la vida, sobretot les dones de l'Europa de l'Est, les xineses i les filipines. Cal estar alegres i evitar l'angoixa o la tristor, per tal de mantenir la salut i fins i tot per guarir-se, en cas d'estar malalt.

EaM21: “Yo creo en Dios, pero es mucho más importante la mentalidad de la gente, el sentido positivo de la persona para tener salud; entonces el cuerpo se sana él mismo. Estás más bien contigo mismo y, entonces, claro que puedes generar salud. Pero es muy importante para estar sano ir a la iglesia a rezar, a confesar tus pecados. Es como ir a un psicólogo, ¿no? Sacar todo lo que tienes y te libera. Claro que estás *mejor*.”
(Dona de l'Europa de l'Est, 48 anys)

Moltes dones també fan referència a la religió, a creences, sigui en Déu o en qualsevol altre tipus de fe, que ajuden a tenir la fortalesa i l'actitud necessàries per a afrontar la vida i les situacions de malaltia. Aquesta fe en alguns casos ajuda a la resignació i l'acceptació de les adversitats, entre les quals hi ha les malalties. Les dones de l'Europa de l'Est, a més a més, creuen que la fe en Déu és una manera d'estar bé amb un mateix, tenir una mentalitat i una actitud positives i així aconseguir estar sa, a més que es pugui demanar salut a Déu.

Vulnerabilitat/susceptibilitat

El sentiment de vulnerabilitat que puguin tenir les dones davant la possibilitat de patir la malaltia pot influir en les accions que fan respecte de la prevenció del CM.

Les **autòctones** i les **llatinoamericanes** perceben que tenen la possibilitat de patir la malaltia, ja que l'aparició del càncer de mama no es pot evitar.

EbJ44: “Yo, lo que pienso es que está un poco en la composición física de nuestro organismo y hay a quien se le desarrolla y a quien no... Creo que es algo que se lleva, surge, te sale o no te sale. Entonces yo, cuando oigo eso, lo único que pienso es cincuenta y siete años que tengo y me he librado; pues estoy contenta, ¿no?”
(Autòctona no universitària, 57 anys)



AbD66: “Yo creo que nadie puede estar tranquilo de nada, porque todos estamos expuestos a todo...”
(Dona llatinoamericana no universitària, 53 anys)

El sentiment de vulnerabilitat augmenta quan veuen i/o viuen de prop altres casos de càncer i això les fa més receptives.

AbB64: “No, y a parte de hacernos los chequeos cada año, todas las personas que hemos tenido y hemos estado junto a las... digamos a los familiares más cercanos, tenemos algo que se nos queda, ¿no?”
(Dona llatinoamericana universitària, 64 anys)

En les **dones de l'Europa de l'Est**, aquest sentiment de vulnerabilitat vinculat al fet de conèixer casos està molt influït pel procés migratori. A causa de la manca de mitjans i, per tant, de detecció precoç, als seus països d'origen, la majoria dels casos que havien conegut van tenir la mort com a desenllaç, i això les feia tenir més por i sentir-se més vulnerables.

EG8: “Yo tenía una colega de la escuela que se murió de cáncer de mama. Y ella misma, ella lo había detectado palpando. Pero, por desgracia, estaba ya en la fase casi final. Le diagnosticaron, pero al cabo de un año murió.”

EI9: “Por lo que yo sé, se descubre y es tratado muy tarde. Es que

¿qué pasa? Pasamos al doctor cuando es, normalmente, tarde, bastante tarde.”

EG8: “En la fase inicial dicen que sí, pero... yo no conozco casos.”

EI9: “Pero es tarde, todo tarde, todo tarde. Porque normalmente, cuando ya sabemos, la gente va al doctor cuando ya es tarde.”
(Dones de l'Europa de l'Est, 58 i 43 anys)

Al país d'acollida, continuen tenint els mateixos sentiments de por cap a la malaltia; però, alhora, el fet de saber que hi ha uns mitjans de diagnòstic precoç i tractaments moderns i a l'abast de tothom els genera més seguretat.

EI9: “Aquí sí que está [...] y es lo que me gusta, y mucho.”

EO5: “Aquí hay medicina para todos [...]”

EG8: “[...] Y yo creo que, si tuviéramos estas posibilidades en nuestros países, habría muchos menos casos de muertes de mujeres por el cáncer de mama”
(Dones de l'Europa de l'Est, 43, 41 i 58 anys)

Davant d'aquest sentiment de vulnerabilitat, totes elles afirmen que cal no obsessionar-se.





EbR49: “Yo creo que tampoco has de obsesionarte demasiado, porque entonces tú misma te creas problemas.” (Autòctona no universitària, 49 anys)

EM10: “No hay que pensar de dónde sale. Hay que vivir.”

EC6: “Yo no pienso en estas cosas malas. Solo pienso siempre en las buenas. En las malas, nunca.” (Dones de l'Europa de l'Est, 45 i 58 anys)

Per a les dones **xineses**, com hem dit, l'alegria és vital per a poder estar bé i superar una malaltia. Per tant, davant el sentiment de por i vulnerabilitat creat per la impredictibilitat de la malaltia, creuen que és millor no obsessionar-se, per tal d'evitar els pensaments negatius considerats generadors de mala salut.

Tenen més por al patiment que a la mort. Per això, fins i tot es plantegen com actuarien davant la malaltia si la tinguessin, fins a quin punt voldrien saber-ne més.

XsY23: “Hay gente que tiene enfermedad grave, hay mucha gente que no quiere escuchar que tiene cualquier tipo de enfermedad grave: “¿qué voy a hacer?” Entonces pensar: “Eso es muy grave”, no quiere pensar, muy triste. Pero a mí me da igual: no pasa nada. Si yo he cogido este tipo de enferme-

dad, yo, seguro, entonces tengo que saber para saber más adelante qué tengo que hacer. De momento no coger esta enfermedad, de momento yo tampoco sé qué voy a hacer. [...] Ahora a lo mejor sí, ahora muy bien: sé en cualquier tipo de enfermedad qué se tiene que hacer. [...] Pero si seguro que la he cogido, yo no sé qué voy a hacer, de verdad, eh. ¡Como vacío!” (Dona xinesa, 58 anys)

Les dones **filipines** no se senten gaire vulnerables, ja que perceben que al seu país és una malaltia poc freqüent, i en certa manera aquí continuen mantenint aquesta percepció. Tal com hem comentat en el cas de les dones de l'Europa de l'Est, el fet migratori influeix en el sentiment de vulnerabilitat de les filipines. Al seu país d'origen, el càncer de mama es considera “la malaltia dels rics” perquè només ells poden pagar el diagnòstic i el tractament i, per tant, són els únics que tenen alguna possibilitat de superar la malaltia. Al país d'acollida, a causa de l'accés universal a la sanitat, són conscients que la situació és diferent.

FP35: “No se cura. Una enfermedad sin curar [...] ¿En Filipinas? En Filipinas... Si tienes dinero, sí.” (Dona filipina, 57 anys)

FG36: “Mucho. Con la medicina moderna de aquí se puede curar. Solo hay que... que creer.” (Dona filipina, 58 anys)





Les dones **magribines**, les **índies** i les **pakistaneses** prefereixin no pensar-hi, ja que això forma part del destí de la vida i si ha de succeir, així serà i no poden fer res per a evitar-ho. Se senten més vulnerables quan viuen algun cas proper. Però les índies i les pakistaneses diuen que, tot i això, no senten una susceptibilitat especial respecte al CM, o no més que respecta a altres malalties.

MaH34: “Solo que cuando sale en la familia, te alarma. Una persona, pues, puede tener alguien de la familia que ha muerto joven por tener esto. Hay mujeres que se han muerto por tener un cáncer de mama de jóvenes. Aquí, también; lo que pasa es que en Marruecos aún más porque no se detecta a tiempo; entonces, claro, la curación es más dura, siempre suele ser en las últimas fases, que son muy complicadas, y muchas veces pues la gente está... Yo he tenido a una de la familia que se murió con veinte años de cáncer de mama.”
(*Informant clau marroquina, 40 anys*)

Barreres

Barreres al país d'origen com a determinants de les barreres percebudes al d'acollida

El conjunt de vivències de les persones i, sobretot, el medi social i cultural en què han viscut determinen que perce-

bin unes barreres a la cura de la salut que comencen ja al país d'origen.

En primer lloc, de manera determinant apareix el fet que a la majoria de països d'origen els serveis sanitaris són escassos i estan ubicats principalment a les zones urbanes. Solen ser serveis destinats a la cura de patologies sense entrar en qüestions de prevenció i amb força limitacions; a determinats països és necessari pagar per a qualsevol servei, i a d'altres hi ha uns serveis mínims coberts per una seguretat social a la qual en ocasions només tenen accés els funcionaris o una minoria de persones que treballa per alguna gran empresa que té assegurats els seus treballadors.

FM41: “Hay médicos de seguridad social, médicos que llamamos..., ¿no? Cuando uno está trabajando en gobierno, en centros públicos, ¿no?, entonces sí que hay seguro, pagando cada mes. Lo que pasa que ese te lo cobran, te lo quitan del pequeño sueldo que tenemos, te lo quitan, y no es bastante para tener estas pruebas...”
(*Dona filipina, 61 anys*)

AaC33: “Existe una cosa a la que le llaman SISDEN, que es el sistema integral de yo que sé, de sanidad, al que acude la gente que tiene menos [...] Bajo, bajo. Pero aún para eso les exigen una cantidad de cosas que muchas veces ni siquiera son importantes



para el sistema sanitario. Entonces, acabar en un seguro social que te dé más seguridad, seguridad que lo acabara. O sea, de gratis nada, nada. Entonces ¿qué pasa?, que mucha gente llega al hospital con heridas, con una enfermedad grave y, si no tiene, ahí se queda.”

(Informant clau llatinoamericana, 50 anys)

Hi ha serveis privats que disposen de tecnologia a tots els països, però estan limitats a qui es pot permetre pagar-los.

FM41: “Y allí, en Filipinas, no es una cosa tan común. Las revisiones no son normales allí. Solamente si tienes algo malo, allí se lo encuentran. Pero prevenir allí no hay. No hay prevención porque los médicos de allí son, no son gratuitos: hay que pagar y pagar.”
(Dona filipina, 61 anys)

EG8: “Claro, según mi opinión, la mamografía es el método más avanzado, más moderno para detectar el cáncer de mama. Pero, por desgracia, en nuestro país no es accesible para todas las mujeres. Porque los mamógrafos aparecieron hace, me parece, unos diez años y solamente están en los centros privados. Y para hacer mamografía hay que pagar mucho dinero...”

(Dona de l'Europa de l'Est, 58 anys)

AsO12: “[...] y allá lo terrible es la situación económica. Si a la gente la ven con dinero, el médico trata de sacarle lo máximo... [...] la gente pobre se muere, en mi país la gente pobre se muere. En mi país la gente pobre es la que no tiene información, la que no se hace la mamografía. Pero la que tiene dinero, pues conoce, y el médico la trata bien.”
(Dona llatinoamericana universitària, 62 anys)

Sobre el càncer de mama en concret, les dones filipines i les pakistaneses fan l’afirmació següent:

FC38: “Dicen que es la enfermedad de los ricos porque hay que tener mucho dinero para superarla.”
(Dona filipina, 43 anys)

Mediadora: “Dice PH2 que, en Pakistán hay que pagar todas las pruebas y a la gente no le gusta ir. Porque en mi país la mayoría son pobres y no pueden gastar tanta pasta. [...]”
(Dona pakistanesa, 57 anys)

Aquests fets determinen, doncs, que en tots els casos hi ha importants desigualtats socioeconòmiques i d'àmbit rural o urbà que determina no només l'accés als serveis, si no també a la informació i coneixement.

Mediadora: “PH2 dice que la gente que viven en las ciudades sí que lo





saben. Pero lo que es la gente que vive en un pueblo y no tienen estudios, no saben nada de la enfermedad”
(Dona pakistanesa, 57 anys)

D’una banda, perquè la informació, que principalment arriba a través del personal sanitari o pels mitjans d’informació ràdio i televisió o a través del sistema sanitari, tampoc no arriba en la mateixa mesura a les zones més rurals.

AaC33: “Los centros de salud, sí. Los centros de salud lo hacen, pero yo te digo, por ejemplo: en el campo hay centros de salud a tantos kilómetros. Entonces, muchas veces, o sea, son centros de salud a los que les llega la información muuuy de vez en cuando. Ni siquiera, ni siquiera son capaces de decir, bueno, hay un centro de salud en la «Conchinchina»; a ver, llévale toda esta información hasta que se le acabe. [...] están promoviendo. Es eso, se promueven proyectos, programas de este tipo, pero muy... no con la competencia con la que debería hacerse.”
(Informant clau llatinoamericana, 50 anys)

La informació, a més, ni és entesa ni interioritzada de la mateixa manera per les persones de nivells culturals baixos.

Mediadora: “Dice [tradueix el que diu IP3] que las mujeres que tienen estudios y viven en ciudades

sí que lo cuidan mucho, van al médico y se hacen revisiones. Pero lo que es las mujeres de pueblo, no hacen nada, pasan de todo. Si tienen la enfermedad, no, no... no quieren ir al médico ni nada.”
(Dona índia, 43 anys)

AaC33: “La primera barrera es la cultural. La gente dice: «A mí me da lo mismo y no tengo ni idea»: ni sabe lo que es y no se quiere enterar de lo que es. Porque, cuando hacemos a veces conferencias y... la gente se aburre y se va. No te saben hablar. Y entonces la gente, la gente [...] no sabe enterarse de nada de eso, es igual. Caminar porque hay que caminar...”
(Informant clau llatinoamericana, 50 anys)

En moltes ocasions, coincideix el baix nivell cultural amb el baix nivell social i el fet de ser de zona rural.

AaC33: “Que... donde existe menos comunicación... donde existe menos educación... menos accesos. A las cosas fáciles como ahora la prevención... [...] Entonces eso implica que mucha gente no tenga acceso a... ni siquiera a la escuela primaria... Porque... pero es en las partes muy, muy, muy del campo. Porque... ¡es así! Si tú no tienes para pagarte, dicen que la educación es gratuita, pero para ti la escuela pública te cobra y si tú





no tienes para pagarlo [...] lo pone a trabajar desde pequeño. Entonces es esa gente que se va formando sin saber nada, sin conocer la vida... Existe muy, muy... en la parte muy, muy, muy rural..., que afortunadamente es muy poca.”
(*Informant llatinoamericana, 50 anys*)

XsY23: “[...] En China es diferente. En China, hay parte de montaña, hay muchos campesinos; son muy pobres, muy pobres. Entonces ellos no pueden pagar para estudiar los niños, el médico... Hay gente que no puede curar la enfermedad hasta morir. Porque no puede morir antes. Pero, como no puede pagar, morir antes. Hay mucho así en China, que yo sepa. En noticias salió una población de Hong Kong hablando de China, que decía que la gente moría porque no puede pagar dinero. De eso hay mucho.
(*Dona xinesa, 59 anys*)

Les dones magribines parlen de “la dona moderna”, que sap el que cal fer.

Mediadora: “Para ella [tradueix el que diu MK61], ser una mujer moderna es tener una carrera, que sabe [...] esto y lo otro, la educación de los niños y todo esto. Para ella, es ser una mujer moderna.”
(*Dona marroquina, 40 anys*)

En ocasions, com succeeix amb les dones pakistaneses i índies sobretot i en

menor mesura amb les magribines, la cultura patriarcal en la qual viuen fins i tot els limita la informació a què com a dones tenen dret a accedir.

Mediadora: “Si la mujer [tradueix el que diu MK61], la pobre, también... si no tiene posibilidad de ir, de transporte, con su marido, de un hermano, de transporte... ¿cómo va a llegar al hospital? Nunca llegará... Aunque llegara, no le harían nada, porque [...] información, ni dinero, si no hay dinero, también.”
(*Dona marroquina, 40 anys*)

PaH18: “[...] Los hombres pakistanés no ven bien que las mujeres sepan de esto... No lo ven bien. Porque son tan cerrados... No saben destacar democracia y información, ¿sabes? Hace poco yo fui a... grabar un programa de radio. Era en directo. Ahí un hombre me preguntó, dijo: “Eres una mala persona, sinvergüenza, usted quiere que los hombres pakistanés saben de sexo.”
(*Informant clau pakistanesa, 41 anys*)

De la mateixa manera, també hi ha qüestions culturals que es traslladen al país d'acollida i actuen com a barrera en fer que la cura de la pròpia salut quedi relegada per altres interessos considerats més primordials.

PaH18: “Cultura, muchas responsabilidades. Antes no hay tiempo





porque mucha política de familia. Suegra, cuñada... Mucha responsabilidad. Tiene que ocuparse de la integración porque se casan por boda pactada. Entonces muchos nervios para integración. A partir de los cuarenta y cinco años ya están más estables. Hasta los los cuarenta y cinco, mucha vergüenza. Luego sí que se preocupan más.”

PaH18: “[...] ¿Y qué pasa? Que la cultura no permite que si médico es un hombre, enseñar pecho, que sí que pasa. Entonces si el médico es una mujer, sí va.

Pr.: “Entonces, si el médico es un hombre, no...”

PaH18: “Si es un hombre, no van a acudir.”

Pr.: “¿Aunque tengan un problema?, ¿aunque se encuentren algo?”

PaH18: “Prefieren comprar un billete para ir a Pakistán. Aquí no van a enseñar.”

(Informant clau pakistanesa, 41 anys)

Aquestes barreres: nivell social, econòmic, cultural i ser originàries de medi rural o medi urbà, i els sistemes sanitaris descrits marquen en la majoria de les ocasions la manca de cultura preventiva de moltes dones, que les continua marcant al país d'acollida. En el cas de les dones provinents de països que havien

tingut règims comunistes com les de l'Europa de l'Est, i en el de les xineses, si bé aquestes barreres existeixen, tenen més presents els hàbits preventius i la consciència de cuidar-se, a causa de les revisions de salut sistemàtiques que hi duïen a terme.

Barreres al país d'acollida

Quan les persones emigren, arrosseguen amb elles les barreres pròpies del seu país, com ara les que es deriven del fet de ser d'origen **rural** o d'origen **urbà**.

Eat20: “Cuando vienen aquí, también las mujeres que han crecido en pueblo, aquí se nota, aquí. Se notan diferencias. Como no están acostumbradas a buscar noticias de medicina... y que ha pasado esto o lo otro..., tampoco tienen mucho interés aquí. Por eso cuando yo me entero que es una mujer de pueblo, le digo: «¿Sabes qué es esto?» «Sí.» «¿Y para qué sirve, para qué?»
(Dona de l'Europa de l'Est, 42 anys)

D'altra banda, amb el fet migratori s'enfronten a noves barreres. La primera, que és comuna a gairebé totes les persones, és el **desconeixement del sistema sanitari**, que segons els casos pot tardar més o menys a desaparèixer.

EaM21: “Aquí, en Barcelona, todavía no están informadas las mujeres de dónde, cómo... A quienes tienen empadronamiento sí que les están mandando cartas para ha-





cerse la revisió. Pero, si no... Yo no me he encontrado a ninguna mujer diciéndome que «tengo un centro muy cerca de casa que me han pedido que haga una revisión.»”
(Dona de l'Europa de l'Est, 48 anys)

MF60: “Mira, no el primer día, el mes primero, segundo y tercero... Yo, la primera semana de vivir aquí en Barcelona, he salido de la puerta, he bajado para salir a comprar, no sabía dónde estaba la puerta, y la puerta estaba al lado de la tienda. Digo: «¿Qué Puerta es: esta, esta o esta?» [...] Cuando ha venido mi prima a buscarme [...]”
(Dona marroquina, 40 anys)

En les persones que provenen de països de parla no hispana, **la llengua** és una barrera important, i en el cas de les dones xineses la barrera idiomàtica és especialment difícil fins i tot amb el pas dels anys, encara que els vincles entre els membres de la comunitat són molt forts i s'ajuden mútuament.

XaS22: “[...] y la gente entiende, ¿sabes? El idioma es muy importante. El idioma es un poco difícil, ¿no? [...] si no entiende el idioma, a veces, [...] en China, es su idioma y es más fácil.”
(Informant clau xinesa, 50 anys)

FG36: “Si... cuando nosotros... en Filipinas no está un lugar donde la gente hablando español, cas-

tellano. Para los dominicanos, los ecuatorianos y los peruanos no es un problema cambiar de país porque ellos hablan castellano. Pero nosotros tenemos que aprender.”
(Dona filipina, 58 anys)

MaN63: “No... bueno, lo que yo noté... Bueno, la barrera idiomática es un impedimento muy grande. Sí, porque a veces ya te acercas y, bueno, cuando no entiendes al médico, no sabes, bueno, las pautas de medicación y todo eso [...].
(Informant clau algeriana, 41 anys)

Barreres vinculades al sistema sanitari

La primera barrera, com hem comentat, és el desconeixement del funcionament del sistema sanitari, així com els drets i deures que hi tenen. Un cop s'han superat aquestes barreres en un temps més o menys llarg, n'hi ha d'altres que continuen i que no només afecten les dones immigrants: lentitud, llistes d'espera, poca resolució en els processos assistencials. I això fa que s'allarguin molt (el que elles anomenen “l'any ginecològic”).

EsR53: “[...] El problema amb què em trobo amb la Seguretat Social és de... O sigui, que em puc passar tot l'any amb temes ginecològics. Què vol dir? Que vaig a fer-me la mamografia... Perquè, a més a més, jo no sé la resta, però cada vegada que vaig a la Seguretat Social, tot és d'un any per l'altre. Amb la qual cosa haig d'anar, com sempre, apuntant amb





l'agenda. Val? I pot ser una crítica, com pot ser una realitat que em puc trobar amb metges de mútua, eh. Les mamografies per a no sé quin dia; l'ecografia, no, perquè no me la demanen; després em faran l'esbrincada per l'altre costat i es demanarà, però *bueno*. Llavors, el ginecòleg al cap de sis mesos, i vés a buscar els resultats quan ho tinguis tot. Però després resulta que em truquen i em diuen que «com és que no vaig a fer-me l'ecografia». *Bueno*, tota aquesta pel·lícula. Amb la qual cosa el meu any ginecològic és d'un any ginecòleg. [Rialles.] El problema... Sí. Més o menys és això, potser ho exagero, però... ho dic per... Ho dic per fer-nos una mica la idea. O sigui, a mi em resulta... se'm fa pesat, un pal anar al ginecòleg, per tot el que suposa.”

(Dona autòctona universitària, 46 anys)

En la majoria de casos, però, són conscients de la **saturació del sistema**, pel que fa als pocs recursos i pocs professionals per a una gran demanda. Curiosament, són les mateixes immigrants, en particular les llatinoamericanes que fa anys que són aquí, les que mencionen el fet que durant els darrers anys ha augmentat molt la immigració mentre que el nombre de professionals continua sent el mateix.

AbA68: “Pero, bien, he estado bien en la sanidad pública; siempre ha sido... Al menos durante el tiempo

que yo llevo aquí, he estado bien. Últimamente, ya es... porque yo vivía antes en Hospitalet, y Hospitalet ha recibido una masa muy grande de inmigración. Y entonces lo que yo he visto así durante estos años es que en el ambulatorio de Justo Oliveras, donde yo vivía, no me cambiaban de médico si yo tenía algún... [...]. Entonces lo que estoy viendo ahora es que están los mismos médicos, solo que con masificación de pacientes. Eso es lo único que yo he visto. [...].”

(Dona llatinoamericana no universitària, 53 anys)

En el cas de les dones immigrants, la planificació organitzada en ocasions la confonen amb la **llista d'espera**, a part que el fet mateix de ser immigrants els fa sentir una situació de més inestabilitat que els fa augmentar el sentiment d'immediatesa, ja que plantejar-se coses a sis mesos o un any vista els provoca molta incertesa.

EaT20: “[...] Lo único que no me gusta, perdón, que hay que esperar mucho tiempo. Hay que apuntar para hacer una cosa, segundo, luego al ginecólogo... Que cuando tenemos hora, a veces se cambia, cuando llega el tiempo se [...] el doctor... o que te olvides, o... se cambia el horario de trabajo... Para mí, es problema.”

(Informant clau de l'Europa de l'Est, 42 anys)



També, unes més que d'altres, parlen del **tracte** per part **dels professionals**.

EbJ44: “[...] El médico es como un dios, es como un dios casi porque estamos en sus manos... y necesitas que te escuchen, cariño, afecto [...] un trato humano...”

EbJ44: “[...] gente que me cuenta, ¿no? Pero hay otros médicos que no, que no escuchan nada, y allí hay mucho problema... Muchas veces no haría falta tanta medicación si se hablase un poco y se explicase, y además hacen las cajas con mucha cantidad. Yo no las tiro, pero sí las llevo al cura de la asociación. A veces te recetan unas cajas enormes y dices: “Pero, bueno, ¿es que no tienen cajas más pequeñas?” Hombre, es que es un gasto que... [...] antes ibas y pedías hora para receta [...] Me acuerdo: hará como tres años, te daban y pasabas; ahora han cambiado [...]”

EbP47: “Yo lo que pienso es que [...] más al paciente, hablar más y mandar menos medicación.”
(*Autòctones no universitàries, 44, 57 i 54 anys*)

Les autòctones, a més, desconfien dels **canvis constants de professionals**, i més en un aspecte tan personal i delicat per a les dones com el ginecològic.

EsV58: “Es una cosa que se tiene que hacer que es tan íntima que no te apetece que una vez te vea un ginecólogo, al día siguiente otro ginecólogo y luego otro. Porque si siempre es el mismo, pues ya sabes...”

EsR53: “El problema que jo m’he trobat és que, quan vas al ginecòleg me n’he anat trobant diferents. El que passa és que suposo que, entre cometes, i dic entre cometes, que quedi clar, t’hi acabes acostumat. I t’hi acabes acostumat perquè no hi ha més d’allonsis. Llavors és això, que... mamografies no, que esperem dos anys; que ecografia qui t’ho diu? Vas a fer-te l’ecografia i et diuen que com és que triges tant si has de venir cada sis mesos... Llavors tampoc ets tu qui fas la petició, llavors és per tot això, simplement, que jo acabo anant a mútua.”
(*Autòctones universitàries, 58, 51 i 46 anys*)

També comenten el fet de les **opinions en ocasions contradictòries** entre uns professionals i d’altres respecte a un mateix tema, la qual cosa resta credibilitat al sistema i als professionals i genera desconfiança. Aquest problema, sobretot en la qüestió dels controls mamogràfics, adquireix una importància rellevant, de manera que les dones treuen les seves pròpies conclusions, que solen ser que “el sistema públic, com que



no té diners, fa les mamografies cada dos anys, mentre que a la privada la fan cada any”.

EsR53: “[...] Però, com que per la Seguretat Social he passat per bastants ginecòlegs, perquè me’ls van canviant —un tema que sí que trobo com per a queixar-me; però, *bueno*, ja hi entrarem si hi hem d’entrar després—, és clar, m’he trobat amb diferents parers. Lla-vors jo puc saber, perquè me n’he informat pel meu compte, perquè desgraciadament tinc una experiència; però, *bueno*, que segons el metge que tinc davant em diu coses diferents. No vull dir diferents, a veure: no vull dir que un em digui que és blanc i l’altre em digui que és negre. Però que fa, doncs... perquè un em diu ecografia... l’altre m’aconsella ecografia cada sis mesos, l’altre mamografia no cal... [...]”
(*Autòctona universitària, 46 anys*)

Les dones llatinoamericanes es queixen que, a causa de la pressió assistencial, els professionals fan **poques proves**, dediquen **poca atenció**, a vegades es limiten a preguntar i “no toquen”.

AsR14: “Yo, yo, a mí me han dicho pacientes, en mi caso sí que tengo opción porque, como ya me ves, soy muy preguntona y conversona, y entonces ya, entablo, pregunto y entonces... preguntando ¿y qué es esto? ¿Qué es lo otro? Y

ya, pero yo tengo muchos pacientes que me dicen: “A mí no alza el médico la cabeza, sino que entro y me dice: “¿Qué tienes?” Y ya les cuento.” Y estoy contando lo que tengo y ya el otro esta haciendo la receta: “Tómame esto, tómame lo otro.” Entonces esto sí que es grave, me parece.”
(*Dona llatinoamericana universitària, 55 anys*)

Tenen el convenciment que **la privada és més bona** tècnicament, professionalment i quant a disposició de mitjans, i que, per tant, les revisions són més completes que a la pública. Algunes diuen que es fan de tant en tant una revisió “completa” per la via privada, encara que l’hagin de pagar, per tal de quedar-se més tranquil·les.

AsG15: “[...] Vuelvo con mi Seguridad Social otros dos o tres años, pero yo pienso que al menos una vez cada cinco, que me miren a fondo,... que me hagan una mamografía de pago: no te vale mucho; seguro que lo tienes para ir a la peluquería, los zapatos, la ropa, para las vacaciones lo tienes. ¿Por qué no para ir al médico? Si ya sé que la Seguridad Social va agobiada, no le podemos exigir más porque no se puede. No podemos tener el dinero para una mutua porque no podemos pagar cada mes, pero al menos ir a la particular, donde te van a dar cita de in-





mediato... Es una manera para estar un poco tranquila un tiempo.”
(*Dona autòctona universitària, 56 anys*)

Alguna dona magribina (no de manera generalitzada), parla del **tracte pater-
nalista i discriminatori** que detecten en alguns professionals que tenen idees prefixades sobre masclisme i dones sotmeses.

MaH34: “[...] Es un sistema, es verdad que es muchísimo más amplio; lo que pasa es que es complicado también: las obligaciones, el tiempo de espera, el personal, también [...]. Porque realmente son racistas. Los ves que son racistas. Y cuando les viene una mujer toda tapada y si el marido habla por ella, porque ella no habla, dice: «Yo no hablo con el hombre, yo no hablo con el hombre.» ¡Pero si és que no te entiende! Todo el machismo está enfocado al hombre marroquí y toda la sumisión es llevada a la mujer marroquí y... ¿quieren arreglar el mundo?... Es increíble... Este paternalismo. O sea: «No te preocupes: estás llorando porque esta es niña y las otras dos son niñas también, estás llorando por eso.» No entienden... Creen que las dos otras eran niñas, está embarazada de una niña, piensan que el marido quiere un niño y por eso están llorando. La mujer esta enfadadísima y me dice: «La próxima vez que

salga esta mujer dame algo para que le dé en la cara.» Ella está en un mundo, y la otra, en otro [...]”
(*Informant clau marroquina, 40 anys*)

En el cas de les xineses, crida l'atenció l'enorme **desconfiança** que tenen en els professionals, així com en el sistema sanitari del país d'acollida i els tractaments que s'hi apliquen.

M2: “[...] Yo... Pasa lo mismo. Cuando resfriado o cualquier cosa, pues ¿qué hago?: le doy hierba o medicina china, hierba tomada y ya está. Pero no me gusta médico, ¿sabes? Aquí médico: tomar la pastilla esta para dolor y para..., y no muy bueno para la salud. Normalmente cada año traigo una cápsula, una pastilla para resfriado, ya que cultura china toma eso.”

Pr.: “Entonces no le gusta ir al médico por eso, ¿no?...”

M2: “Pastillas aquí muy mal. Porque, ya sabemos, hacemos algo aquí en España, la gente toma pastillas como comer.”
(*Dona xinesa, 59 anys*)

Expliquen casos propis que no han estat solucionats pel sistema públic i han acabat anant a la privada. A l'igual de les dones llatinoamericanes, associen qualitat amb privada i, per tant, amb serveis que es paguen.





XsY23: “Pero para escuchar al médico hay que ir buscando un gran médico, eh. Porque aquí en España hay médicos practicantes, eh; no está muy bien, eh.”

Pr.2: “¿Aquí, en España?”

XsY23: “Sí, hay muchos médicos que son practicantes, que yo sepa, eh. Porque yo he visto amigo, amiga a los que hicieron operación mal: hay que operar otra vez. Más grave, muy mal, eh. Por ejemplo, yo tengo una señora que trabajaba en una compañía de seguros. Ella tenía un hongo aquí, un hongo aquí detrás de la [...] entonces hizo operación, torcida la boca, torcido el ojo, ahora todo torcido, ahora todo torcido, toda la cara torcida. Eso es normal. Y ahora muy mal, muy triste ella. Y, torcida la boca, torcidos los ojos, ¿cómo va a trabajar? No puede trabajar, ahora. Por la operación esa. Porque cuando una operación va mal, primero hay que explicar todo cómo pasa. Puede ser que tiene operación mal o que se haya torcido la cara: hay que explicarlo. Ella no sabe que ese tipo de operación sale tan mal. Un hongo aquí, un hongo. Primero ella no tenía el oído bien, entonces va al médico. Y el médico le encuentra hongo, operar hongo este.”

(Dona xinesa, 59 anys)

En les filipines, també hi ha una certa desconfiança, si bé no de manera tan radical com en el cas de les xineses.

FaA32: “Pues creo que algunas que sí van allí, muchas, pero hay algunas que no, por tener... por miedo a los médicos; porque, claro, lo que oyen, lo que oyen a los otros médicos, no sé, yo... Hay cosas que... que cuentan de los demás que yo no sé, no puedo decir [...] Tienen miedo de que... Claro, a veces dicen que experimentan cosas... Los médicos en algún sitio tendrán muchas que... que sabes hay... No sé cómo puedo decirlo, yo no quiero decir todo esto, pero lo que he oído, lo que he oído que dicen que a veces lo hacen por experimentos, ¿no? Como estudios, especialmente para los que están... están aprendiendo.
(Informant clau filipina, 46 anys)

Barreres no vinculades al sistema sanitari

Manca de temps: Aquest factor el manifesten d'una manera o altra totes les dones, autòctones i immigrants, amb un projecte migratori propi i no vingudes per reagrupament familiar i que, per tant, tenen una doble jornada laboral. Haver de treballar fora de casa a més de les tasques domèstiques, la vida excessivament estressada que tenen... Els afecta especialment la doble jornada laboral, la qual per a algunes és nova, ja que als seus països d'origen no treballaven fora de casa, com és el cas de les





magribines. D'altres, com ara les xineses i filipines, les jornades laborals no eren tan intenses, i per tant el seu nivell d'estrès i cansament era més baix.

XaS22: “Porque aquí todo el mundo está trabajando; la gente, muy ocupada [...] menos tiempo. En China,... yo creo que en China es diferente... Ellas se cuidan más que nosotras. Porque ellas en China trabajan muy ligero. Aquí no hay... Aquí, cada día estás trabajando, ¿no? En China, las chinas no tanto trabajo, pero se vive muy bien mañana y noche.”

(Informant clau xinesa, 50 anys)

Aquest fet, a més, s'agreuja perquè, en estar fora del seu país d'origen, **no tenen tot el suport familiar** que tindrien en condicions normals.

MF60: “¡Uf! Estoy cansada. Con niños, todo el día estás en la calle y cuando llegas a casa, empiezas desde la puerta.

Pr.2: “¿Y en Marruecos no es tanto?”

MF60: “No, en Marruecos trabajo en casa y ya está; no trabajas fuera... Sí: yo nunca he trabajado en Marruecos, estaba tranquila. Pero aquí, de las nueve de la mañana hasta las ocho de la tarde, hasta las siete...”

MFZ62: “Yo también no he trabajado allí en Marruecos; pero,

claro, estaba casada o en casa de mis padres [...] Es otra cosa; pero aquí, claro, tienes que hacerlo tú.”
(Dones marroquines, 40 anys totes dues)

D'altra banda, hi ha **situacions contractuals de treball** que fan molt difícil agafar hores o dies per anar al metge, ja que es cobra per hores i, en definitiva, si no treballes no cobres.

AaC33: “Encima, el entresijo es: o dinero o salud. Y mucha gente... Yo les digo, cuando yo... les veo, y eso... se van deteriorando. Se van deteriorando porque piensan tanto en el trabajo, se meten tanto en el trabajo, que hay una diferencia muy grande: que los sudamericanos no, no, no vivimos, no trabajamos para vivir, sino que vivimos para trabajar; ique es una diferencia tan grande!... Es eso: es cuestión económica simple y llanamente.”
(Informant clau llatinoamericana, 51 anys)

EaM21: “Por falta de tiempo. La mayoría de casos por falta de tiempo. Porque ellas trabajan todo el día, incluso el sábado, y entonces el domingo, claro, el ambulatorio no está abierto. Y por eso se dejan...”
(Informant clau de l'Europa de l'Est, 48 anys)

XaH28: “[...] Para nosotros un poco difícil visitar cada año con el médi-





co, porque es un problema del trabajar, eh. A veces no hay tiempo. Cuando uno está bien, uno olvida que, ah, tiene, ah, que ir al médico...”
(*Informant clau xinesa, 40 anys*)

Tenir altres prioritats degudes al fet migratori, com ara trobar feina o trobar casa, en definitiva, fer-se un espai al nou lloc.

XaX25: “Una extranjera para vivir aquí, fuera de país, ¿no? Primero, por ejemplo, se tiene que mudar, carta se la han mandado en catalán; tiene que ir a buscar un abogado y un gestor hablando problema porque no sabe hacer contabilidad, por ejemplo de módulo... Tiene problemas con esto. Tiene que [...] abogado...”
(*Informant clau xinesa, 43 anys*)

FP35: “Es porque la prioridad de los filipinos es ganar dinero. Están aquí para ganar dinero y para poder ayudar a los niños de la familia que han quedado en Filipinas. Y también para sus hijos que están aquí, en España, ¿no? Si no trabajan, no pueden vivir aquí. Y también, tampoco sus familias en Filipinas.”
(*Dona filipina, 57 anys*)

PaH18: “Es que, ¿sabes qué pasa? Las mujeres no quieren enterarse. Tienen tantos problemas, porque vienen [...] y porque una hija que todavía queda en Pakistán que quería ir. Necesitan tanto dine-

ro para conseguir un piso... Dan importancia a otras cosas. Aquí muchas mujeres tienen enfermedades y no se cuidan. Cada vez se preocupan por dónde tienen que casar a su hija, el hijo, la nuera, el yerno, que dónde van a vivir...”
(*Informant clau pakistanesa, 41 anys*)

Barreres vinculades de manera més específica a la prevenció del càncer de mama

Actitud determinista, provocada per diversos factors: no voler pensar en la malaltia, no voler-ne saber res per por. A vegades el fet que, en termes absoluts, sigui una malaltia poc freqüent, quan els toca a elles pensen que és una qüestió de mala sort, d'atzar o, en certs casos, de voluntat de Déu (l'latinoamericanes, xineses o filipines, arran de la sensació que és una malaltia poc freqüent).

AaC33: “Pues, a ver, yo creo que la perspectiva no es que cambie mucho. Porque la gente ya tiene una idea conceptual de qué es un cáncer, pero que, bueno, como no me va a venir, yo no le presto atención.”
(*Informant clau llatinoamericana, 51 anys*)

MaH34: “Piensa... hay muchísima gente que se resigna; como da miedo, la gente se resigna, lo acepta. Hay muchos... muchos cambios de conducta: la gente se vuelve... Como sabe que la muerte la tienen muy cerca, la pueden tener más cerca, pues la gente se vuelve un





poco más religiosa incluso...” (Informant clau marroquina, 40 anys)

XsY23: “Dice que hay gente a la que no le gusta oír hablar de este tipo de enfermedad; que hay gente, en China, que no quiere escuchar nada sobre este tipo de enfermedad. Porque esta enfermedad es muy triste. [...] No lo tocamos, ¿sabes? Si tocamos este tipo de tema, esa persona se queda vacía. En los españoles, no es como los chinos. En los chinos el cáncer es una enfermedad muy triste. Españoles, diferente [...]. Mucho, porque la vida es muy corta. Hay mucha gente española... [...] hay gente que está así: «No importa», relajar mucho, no pasa nada. Pero, también, yo, si tengo cáncer, no puedo estar tranquila; de verdad, ¿eh?” (Dona xinesa, 59 anys)

MaH34: “[...] Se percibe como, ¿sabes?, le llaman el maligno, le llaman el... [...] una enfermedad como que es algo de Dios también. Cuando viene, hay una resignación. La población marroquí, la población musulmana se resigna con la enfermedad. No es una enfermedad que... Se rechaza porque es una enfermedad mala, pero se resigna, se acepta.... Puede ser también purificación de pecados, ¿sabéis? Como hemos hecho esto, pues Dios nos ha dado, nos ha dado esto para purificar el mal que hemos hecho.

Entonces, cuando se van a la otra vida, se van más puros, ¿sabes?...” (Informant clau marroquina, 40 anys)

Por al patiment per les proves per si mateixes, pels seus efectes perniciosos com ara les radiacions i per la possibilitat d'un diagnòstic de càncer de mama.

AsR14: “[...] Porque en la mayoría de las ocasiones la enfermera que te lo hace, está o contra el tiempo o no tiene la paciencia adecuada y te coge y te maltrata el seno, que una sale de allí traumada...” (Dona llatinoamericana universitària, 55 anys)

MaH34: “[...] Y además las ecografías, como son cosas que se hacen a través de... de radiaciones y todo eso, pues como no hay la necesidad de hacerlo, cuando no hay necesidad real, ¿sabes? Y es [...] también. No es algo como muy agradable. Entonces la gente piensa que estas radiaciones también son malignas para el cuerpo.” (Informant clau marroquina, 40 anys)

FC38: “Porque tengo miedo... para saber que tengo enf... que estoy enferma... muy, muy grave... No quiero saber porque... muchas veces no queremos saber las mujeres. Porque no puedo dormir. Estoy pensando: «Voy a morir.»” (Dona filipina, 43 anys)



Sensació d'invulnerabilitat: En ocasions, sigui pel fet que es una malaltia que en termes absoluts es poc freqüent, o pel fet de no haver conegut casos, o per motius diversos, les dones tenen un sentiment d'invulnerabilitat cap a la malaltia (l'latinoamericanes, magribines, filipines i autòctones).

MaH34: “[...] no piensas nunca que te va a pasar a ti, porque, no sé, la mayoría de la gente tiene esta visión positiva de ella misma, que no le va a pasar nada malo, hasta que pase. Tienes que me puede pasar esto, ¿no? Esa mentalidad también de ver las cosas blancas, o sea, no verlas negras...”
(*Informant clau marroquina, 40 anys*)

AaC33: “[...] Entonces el cáncer de mama no está como tan generalizado. Es como una cosa esporádica. Que dices «ah»... No se le presta atención que debería prestársele [...]”
(*Informant clau llatinoamericana, 51 anys*)

Vergonya que en ocasions es veu agreujada pel **sexe del ginecòleg**, fins a arribar al cas de dones de determinades cultures per a les quals aquest factor és decisiu per a no fer-se revisions (l'latinoamericanes i magribines).

AsO12: “[...] Entonces, yo veo esa cosa del médico. Bueno, ya me

dicen, y al ginecólogo; ah, ¿qué ginecólogo quiere?: ¿hombre o mujer? Bueno, yo digo que me da igual hombre o mujer, ¿no? Pero ya prefiero una mujer, una mujer...”
(*Dona llatinoamericana universitària, 62 anys*)

XsY23: “Depende de cómo piensa cada persona. Hay gente que piensa un poco antiguo. Y el ginecólogo [...] si es mujer, sí.”
(*Dona xinesa, 59 anys*)

Mediadora: “PC1 dice que las mujeres de Pakistán, las mujeres que tienen buen nivel de estudio, lo hacen. Pero las mujeres que no tienen estudios no lo hacen, no van al médico. Porque, si tienen algo en un pecho o lo que sea, tienen vergüenza de ir al médico porque aquí la mayoría de los médicos son hombres. Les da vergüenza, culturalmente, y no van a ir.”
(*Dona pakistanesa, 42 anys*)

Manca de cultura preventiva que fa que pensin que, si no tenen símptomes de cap malaltia, no cal anar al metge ni fer revisions. Això no està vinculat només a la cultura d'origen, sinó a vegades també en part a l'edat o la generació a la qual pertany la dona, i també, en les dones més joves, al nivell social (magribines, pakistaneses i xineses).

MaH34: “[...] Lo que pasa es que hay una cosa que es muy impor-



tante. Es decir, las mujeres, cuando se notan una cosa que se ha dado en el pecho, pero si no lo notan, como si no pasa nada, ¿sabes? Hasta que sí notan. Hasta culturalmente, cuando hay dolor es cuando las personas van al médico; entonces, cuando no hay dolor, cuando está todo normal, se ve de fuera todo normal, no hay ninguna cosa dura dentro del pecho ni nada, pues se ve como... no hay necesidad, ¿no?”
(*Informant clau marroquina, 40 anys*)

FM41: “Y allí en Filipinas no es una cosa tan común. Las revisiones no es normal allí. Solamente si tienes algo malo, allí te lo encuentran. Pero prevención allí no hay.”
(*Dona filipina, 61 anys*)

Creences errònies que porten a conductes inadequades. Alguna dona magribina té por que, si li troben algun problema, li tallin el pit, i això fa que no vagi al metge ni que es trobi malament. En ocasions és, com en el cas de les pakistaneses, perquè creuen que amb una analítica de sang de tant en tant n’hi ha prou, que “a la sang hi surt tot”.

MK61: “Hay otro problema, también. Porque allí hay mujeres, muchas mujeres escuchan que, cuando una mujer va al médico, ellos cortar el pecho... Allí muchas chicas escuchan este problema; ella sabía que ella tenía un problema, pero ella no marcha al médico. Ella tiene miedo con médicos si corta esto;

después con el marido, problemas: ya no la quiere a ella. Ella no quiere.”
(*Dona marroquina, 40 anys*)

Mediadora: “Porque ella cada tiempo se hace prueba de sangre, y en la sangre sale todo. Por eso está más tranquila y no hace nada: el médico lo sabe.”
(*Dona índia, 42 anys*)

Desconeixement o actitud en funció de la generació a què pertany la dona. En general, les dones més grans, siguin de l’origen que siguin, tenen menys hàbit de cuidar-se, a part del fet que hi ha qüestions que abans podien ser considerats més tabú que en l’actualitat, com ara el càncer de mama, la realització de controls regulars al ginecòleg, etc.

AbD66: “No sé, quizás hemos tenido más oportunidades de ir al médico. ¿Por qué? Por generación.”
(*Dona llatinoamericana no universitària, 53 anys*)

EsR53: “[...] Per exemple, la meva mare no hi havia anat mai i nosaltres li insistiem que hi havia d’anar... I no és tant per desconeixement... Allò que comentàvem abans: «Si jo he tingut quatre fills, ¿per què he d’anar al metge?» I et trobes bé i «per què hi he d’anar? Aquelles coses que suposo que es més una qüestió de mentalitat que no de necessitat...”
(*Autòctona universitària, 46 anys*)





EaM21: “[...] Las mujeres más mayores tienen una mentalidad, mmm, como una vergüenza. Vergüenza, sobre todo al ginecólogo. Una mentalidad que, bueno. Aunque han dado a luz y todo esto, pero iban forzosamente. [...] Te estoy hablando también por mí. Pero debería dar ejemplo. Y tienen vergüenza de ir al ginecólogo.” (Informant clau de l’Europa de l’Est, 48 anys).

Facilitadors

Els facilitadors són els aspectes que, de manera directa o indirecta, poden ajudar en un futur més o menys immediat a facilitar l’accés de les dones als controls mamogràfics i que han de ser la base de les futures estratègies de sensibilització i comunicació del Programa de cribratge del càncer de mama. Hi ha elements que poden confondre, ja que poden actuar com a barrera o com a facilitador. A vegades l’origen cultural fa que un mateix factor, com ara l’edat, cada dona el visqui d’una manera diferent. Mentre a les unes l’edat avançada les impulsa a pensar que necessiten tenir més cura de la seva salut, a d’altres els fa pensar que ja han passat l’edat de risc més important: l’època de tenir els fills, i que, per tant, ja no cal que es cuidi tant.

Facilitadors intrínsecs a la persona des del país d’origen

Hi ha una sèrie de factors que per si sols actuen com a facilitadors: ser de classe

social alta, tenir un nivell cultural alt i ser de medi urbà, de la mateixa manera que els factors contraris actuen com a barrera, tal com hem dit més amunt. Les persones que són de medi urbà estan acostumades a tenir més a l’abast una sèrie de serveis i, per tant, a utilitzar-los; el nivell cultural alt, que sol anar vinculat a un nivell social també més alt, de la mateixa manera facilita la comprensió i l’accés als hàbits de vida saludables, entre els quals hi ha les pràctiques preventives, etc.

Igual que el cas de les barreres, aquests facilitadors els té assimilats la persona des del seu lloc d’origen.

[El temps d’estada al país d’acollida](#) amb el canvi de mentalitat que això implica...

FaA32: “Claro, es decir, [...] sí, lo positivo, claro, la experiencia que he tenido aquí en España, y lo que he vivido en esta... en la enfermedad que he tenido y gracias a Dios por... porque estoy muy bien y hay cosas que han cambiado en mí, como por ejemplo una es cómo he de tratar..., bueno, como tengo que, eh..., bueno, el... No sé cómo explicar esto: el vivir el cada día, no tener estrés, la comida que tengo que comer, cómo tratar mi problema, en el sentido de que yo no voy a ponerme enferma, ¿no?” (Informant clau filipina, 46 anys)

[Edat:](#) En algunes cultures fer-se gran i, per tant, augmentar el risc de patir al-





guna malaltia, fa prendre consciència que cal cuidar-se més. Aquest es el cas, per exemple, de les dones xineses, les filipines i les pakistaneses. En aquestes últimes, a més, té un paper important el fet de sentir que a una determinada edat les obligacions i la “política de família” s’han acabat o estan més estabilitzades.

XsY23: “Nosotros en España, ahora cada año, cada año, voy a revisión. Porque han pasado cuarenta y cinco años y ya empieza la revisión del cáncer de mama. Hasta ahora siempre voy a revisión.
(Dona xinesa, 59 anys)

FM41: “Además que... desde cincuenta años que estuve. Porque, cuando... de aquí ya termina, bueno, la mujer cuando ya tiene menopausia, menopausia... ya ha tenido. Entonces hay tantas cositas que le molestan...”
(Dona filipina, 61 anys)

Mediadora: “[...] Dice [IP3] que estamos... que está pensando, que como estaba joven y ahora está con más años, más mayor, estoy pensando que este año voy a hacer las pruebas y las revisiones.
(Dona índia, 40 anys)

Factors no vinculats al sistema sanitari

La [xarxa social](#) té un paper molt important en l’ajuda als nouvinguts per afrontar les necessitats que se’ls plantegen quant a habitatge, feina, etc... Els ajuda,

entre altres coses, a conèixer els passos que cal seguir per a tenir accés al sistema sanitari, que és el primer pas per a inscriure les persones en els programes de prevenció d’aquest sistema sanitari. De la mateixa manera, també aconsellen en assumptes de salut i constitueixen, doncs, un bon espai a través del qual treballar en la informació, la sensibilització i l’educació en salut.

Aquestes xarxes socials tant poden ser associacions d’immigrants (es dona més en les persones de l’Amèrica Llatina, el Pakistan i les Filipines) com parròquies (sobretot en dones de l’Europa de l’Est, filipines i xineses) o com xarxes veïnals i comunals (xineses i pakistaneses).

EaM21: “Nosotros aquí, en la asociación, estamos aconsejando a la gente, a la mujer, dónde tiene que ir, qué tiene que hacer, si detecta que tiene un dolor... A veces digo: «Si ves que sientes mucho dolor y no puedes acudir al médico de cabecera o al especialista, puedes ir para urgencias y quejarte un poquito más de lo que tienes para que te atiendan...”
(Informant clau de l’Europa de l’Est, 42 anys)

Xas22: “[...] ayuda, si no entiende... Si por ejemplo uno no entiende el idioma, alguien le puede acompañar... Por ejemplo, yo no entiendo idioma: «Por favor, ¿me acompañas?»”
(Informant clau xinesa, 50 anys)

FaA32: “Pues eso es lo que... Claro, yo no... A mí a las personas, las mujeres, las chicas que se acercan a mí, siempre se lo digo: «Tenéis que ir a revisión.»”
(*Informant clau filipina, 46 anys*)

Facilitadors al país d'acollida vinculats als serveis sanitaris

Un altre fet important i que actua com a facilitador és la **valoració que les dones fan del sistema sanitari i la seva accessibilitat**. Tot i ser criticat, totes les dones, sobretot les immigrants, valoren molt positivament el fet de tenir accés gratuït sense restriccions a un sistema sanitari que consideren modern i amb tota la tecnologia a l'abast, a excepció de les dones xineses, en les quals la barreira cultural i idiomàtica és tan gran que tenen una gran desconfiança en el sistema sanitari, en els professionals i en la medicina occidental en general.

Totes estan d'acord que el sistema sanitari té limitacions, de les quals hem parlat més amunt, però tot això queda més o menys mitigat en funció de l'actitud, el carisma i el tracte del professional (metge i/o infermera) que toqui; sent, a més, molt valorada la figura que representa el metge de capçalera com a persona guia i consellera, independentment fins i tot del fet que es tingui un servei privat per a altres qüestions.

EbMJ48: “[...] depende del médico que te toque. Yo tengo otra hermana, y a ella la atendieron, le hicieron

todas las pruebas. O sea, depende también del médico [...] Yo, de todas formas, tengo una doctora de la Seguridad Social que es estupenda...una persona que te escucha, que te, que te pregunta, que te....”
(*Autòctona no universitària, 49 anys*)

EsCA59: “Jo, del metge de família, sí que n'estic contenta, ¿veus?: de la Seguretat Social.”

EsR53: “Jo, també: jo estic contenta en general de tot [...].”

EsMC54: “Es que me da la impresión de que te hacen preguntas... Yo una vez fui porque tenía un problema de gripe, simplemente. Pero, bueno: «Ven, y te doy el alta dentro de no sé cuántos días.» Pues cuatro días y ya está. Vale. «Oye, pues mira, hace cinco años que no te has hecho una analítica, y resulta que te he de pedir una. Bueno, ¿y qué tal todo?» Bueno, pues ya está, te da pie a... «Vas a ir al ginecólogo» y no sé qué, y ya lo haces.”
(*Autòctones universitàries, 55, 46 i 46 anys*)

En el cas de les dones immigrants, com que la majoria procedeixen de països on la medicina és un servei considerat de luxe, destinat a qui el pot pagar, globalment estan satisfetes amb el sistema i el valoren positivament. La mateixa magribina que diu que els professionals en ocasions tenen reaccions racis-



tes, també explica que les persones un cop arriben a la jubilació no tornen al país d'origen, entre altres coses, perquè si tenen un problema de salut, aquí tindran a l'abast uns mitjans dels quals no poden disposar al seu país d'origen.

MaH34: “Bueno, en general es bueno. Tienen una buena percepción del sistema, lo valoran y muchísima gente está aquí también por ello. Es la verdad.”

MaH34: “No, personas que han pasado aquí treinta años, que cuando tienes sesenta todo el mundo quiere volver a su país y tal. Pero tienen miedo de tener una enfermedad allí y no tener la misma atención que aquí.”

(Informant clau marroquina, 40 anys)

EI9: “Aquí sí que está [...] y es lo que me gusta, y mucho. Lo único que no me gusta es que tarda mucho. Pero, bueno, es mejor que nada.”

EO11: “Aquí hay medicina para todos [...] Por ejemplo, en mi país la gente se queja mucho. No podemos, no podemos porque no hay dinero. Yo necesito [...]”

(Dones de l'Europa de l'Est, 49 i 41 anys)

Mediadora: “Dice PH2 que, como en Pakistán hay que pagar todas las pruebas, a la gente no le gusta ir. Porque en mi país la mayoría

son pobres y no pueden gastar tanta pasta. Y aquí, las mujeres, como el sistema sanitario es totalmente gratis, pues van a hacerse las pruebas.”

(Dona pakistanesa, 57 anys)

Facilitadors vinculats a la detecció precoç del càncer de mama

D'una banda, és important el **convenciment que es tingui de la necessitat de la prevenció** en funció de diversos elements, com els hem descrits en apartats anteriors. A partir d'aquí, són molt importants les facilitats que s'ofereixen des del sistema perquè totes les dones puguin accedir a aquest servei preventiu en igualtat de condicions. En parlar concretament del Programa de detecció precoç de càncer de mama de Barcelona, algunes dones deien que no el coneixien perquè per edat encara no els tocava, però els semblava haver-ne vist la imatge gràfica. Això és molt rellevant, ja que implica que el Programa ha aconseguit tenir una “marca”, ser reconegut. Entre les que deien que el coneixien o quan en parlaven amb les informants clau, que solen ser líders comunitàries, en general l'opinió és molt positiva.

AaC33: “La cita. O sea, que eso es mucho; eso me gustó mucho. Pero es que, a ver: ¿qué más quieres que hagan? ¿Que las lleven a la casa? ¡Les están mandando la cita! Esto me parece a mí fabuloso... Eso sí que me parece, ahí sí que les



felicito, [...] [ellas] no tienen ni la menor excusa. Es una manera real de detectar el cáncer. La gente con esa posibilidad, mucha gente...”
(*Informant clau llatinoamericana, 51 anys*)

EM10: “Se descubren muchas enfermedades con esto que se hacen revisiones en el trabajo. A la gente de pueblo se le descubren muchas enfermedades con esto. Cáncer, tuberculosis [...], etc. Por hacer revisión.”
(*Dona de l'Europa de l'Est, 56 anys*)

En determinades cultures, com ara la magribina, les dones es **cuiden molt durant el període de fertilitat** per tots els aspectes vinculats a la maternitat. Un cop tenen la menopausa, pensen que, com que ja no es poden tenir més fills, ja no és necessari cuidar-se tant. Hauríem de ser capaços d'aprofitar el fet que es cuiden per qüestions de maternitat, i canalitzar-lo cap a altres tipus de cures, com ara la detecció precoç del càncer de mama, una època que coincideix justament amb el moment en què elles, per cultura, consideren que ja no és tan necessari cuidar-se.

MaH34: “[...] también van haciendo revisiones. Sobre todo, la mayoría de las inmigrantes son personas jóvenes, me parece que entre veinticinco y cuarenta y algo. O sea, una edad fértil, cuando tienen los niños, o sea, tienen que hacer un seguimiento.”

MaH34: “[...] Las mujeres marroquíes se cuidan mucho, por el tema sobre todo de... El tema de la fertilidad es muy importante para las mujeres. Entonces se cuidan, por ejemplo, se cuidan mucho el tema de la matriz. [...]”
(*Informant clau marroquina, 40 anys*)

En el cas de les dones pakistaneses, per a les quals **la família i tenir-ne cura** és el seu objectiu principal, en alguns casos els fa pensar en elles mateixes. Si elles estan bé, podran cuidar bé la seva família, i per tant la família també estarà bé. Algunes de les dones que es fan aquest plantejament són de zona urbana i nivells d'estudis alts: cuidar-se en primer lloc elles (“para estar tranquila, feliz, sana y guapa”) per poder cuidar millor els altres, perquè una dona sana significa tota la família sana.

PaH18: “Sí. Y yo les explico [...] a veces me miran como... alguien de fuera de este planeta. Yo soy más importante que cualquier otra persona. Yo soy más importante que mi hijo, que mi hija o que mi marido. Que si yo sana y feliz, toda la familia feliz y sana.”

PaH18: “Este consejo lo doy a todos. Esto intentamos, intentamos,... sí que nos hacen caso cuando ya.”

PaH18: “Yo intento estar tranquila, feliz, sana, guapa... Primero yo. Cuando tengo hambre, primero como





yo, cinco minutos [...]. Cuando tengo alegría, ahora me pongo a trabajar. Yo soy más importante que ninguna otra persona. A mí me duele algo, pues primero ibuprofeno y luego cualquier otro trabajo. Porque mi salud es primero. Una mujer sana significa toda la familia sana. Esto se lo intento decir a todas. [...] Pero ellas piensan mujer al final. Primero hijo, o primero marido, que es lo que trae el dinero. O abuelo, o la suegra. Tener toda la familia feliz. Eso es política de mi cultura.”
(*Informant clau pakistanesa, 41 anys*)

El fet de saber que **el càncer de mama agafat a temps es pot curar** pot ser utilitzat com un facilitador, ja que treu el sentiment d'impotència davant la malaltia perquè hi ha alguna possibilitat de superar-la.

EI9: “Pero también dicen que es posible para curar el cáncer al principio. Dicen muchas, muchas cosas.”
(*Dona de l'Europa de l'Est, 43 anys*)

AsM16: “No, no, yo pienso, no sí tengo la práctica, pero pienso que solo es cuestión de prevención: no tienes que asustarte ni tienes que pensar que tiene que pasarte nada; simplemente es prevención.”
(*Dona llatinoamericana universitària, 45 anys*)

El fet de saber que **la mamografia és un bon mètode** per a aquesta detecció precoç és, naturalment, un facilitador.

EI9: “En Ucrania, por lo que yo sé, se descubre y es tratado muy tarde. Pasamos al doctor cuando es, normalmente, tarde, bastante tarde. Porque no vamos cada año y hacemos revisión totalment.”
(*Dona de l'Europa de l'Est, 43 anys*)

Conductes

Respecte a les pràctiques preventives en general, i del CM en particular, hi ha discrepàncies entre els coneixements i les conductes al país d'acollida, en part explicables pel fet migratori i les barreres que comporta. Malgrat que, més o menys, la majoria de les dones tenen algun coneixement sobre el CM i unes creences determinades, moltes vegades la conducta no va en consonància amb això.

Hi ha diferents conductes lligades a les dues actituds predominants entre les informants, la proactiva i la reactiva. Quant a **l'autopalpació**, pràctica desaconsellada com a mètode de detecció precoç, la majoria de dones en parlen com a pràctica que algunes realitzen amb més o menys regularitat, i d'altres, no. Les dones autòctones, les llatinoamericanes i les de l'Europa de l'Est comenten que les que no la realitzen és perquè se n'obliden, per por a trobar-se alguna cosa o per desconeixement. L'autopalpació els genera inseguretat i desconfiança perquè no es consideren prou preparades per fer-la bé. Preferei-



xen que sigui un professional qui els la faci. Saben que, a més de buscar quistos o zones endurides, també cal observar canvis en mida i coloració de la mama, com a indicis de possibles problemes.

EbJ44: “Puedes ir a un sitio donde esa palpación te la haga alguien entendido y que no se impresiona como nos impresionamos nosotras. [...]”

(Autòctona no universitària, 57 anys)

Les dones de l'Europa de l'Est tenen aquesta pràctica molt assimilada culturalment perquè als seus països els mamògrafs eren escassos i s'utilitzaven només per a diagnosticar, i l'autopalpació era l'única forma de detecció precoç.

En el cas de les dones del Magrib, la cultura àrab determina molt les conductes, de manera que fan poc l'autopalpació perquè culturalment està mal vist tocar-se.

MaH34: “Sí, sí, lo que pienso es que en Marruecos el tema de tocarse es un tema muy limitado para las mujeres; para los Hombres, también. [...] Es como el tema de tocarse... Todo esto no lo tenemos tan asimilado como...”

(Informant clau marroquina, 40 anys)

En el cas de les dones de l'Europa de l'Est, tot i que sense el problema de no tenir assimilat el concepte de la prevenció com a pràctica usual per tenir un bon estat de salut, també actuen de

maneres diferents, en funció, igualment, de les prioritats i del moment.

EO11: “Una cosa, por ejemplo, que yo quiero decir de, no sé, de mi país, por ejemplo, de Ucrania. Por ejemplo, hay una cosa en mi país que es obligatoria. Si, por ejemplo, empiezas a trabajar, es obligatorio hacerse como una revisión médica. Y también entra el ginecólogo.”

(Dona de l'Europa de l'Est, 41 anys)

En l'altra línia, la determinista, se situa la resta de grups, com ara les llatinoamericanes d'immigració recent, les romaneses, les xineses de nivells d'estudis baixos, les filipines, les magribines, les pakistaneses i les índies. Coneixen els serveis disponibles i, en ocasions, les pràctiques preventives, però el grau de coneixement és inferior que en els grups anteriors. En general, no duen a terme activitats preventives i acudeixen als serveis sanitaris quan creuen que ho necessiten perquè es troben malament.

Les magribines, com que tenen tan clara la qüestió de la maternitat i la majoria són joves, en edat fèrtil, en ser aquí aprofiten els serveis relacionats amb salut reproductiva i es van fent revisions i un seguiment periòdic. Tot i això, hem de tenir en compte que les dones que van participar en els grups de magribines encara estaven en edat fèrtil i, per això, acudien als serveis sanitaris. No sabem exactament què passarà quan arribin a la



menopausa. És d'esperar que aquests anys de seguiment ginecològic puguin influir-les perquè mantinguin una certa continuïtat.

MaH34: “Aprovechan, también, porque es un sistema mucho más avanzado, aprovechan el sistema sanitario: también van haciendo revisiones. Sobre todo, la mayoría de las inmigrantes son personas jóvenes, me parece que entre veinticinco y cuarenta y algo. O sea, una edad fértil, cuando tienen los niños, o sea, tienen que hacer un seguimiento.”

(Informant clau marroquina, 43 anys)

Les dones pakistaneses i índies no acostumen a fer-se revisions generals ni ginecològiques, només hi van per obligació, en el moment en que es queden embarassades o per fer-se analítiques de sang i orina i només van al metge per problemes concrets de salut.

Pr.: “Ya. ¿No haces nada al respecto?”

Mediadora: “No.”

Pr.: “¿Pero conoces todas las medidas? La mamografía, la palpación mamaria,...”

IS4: “No.”

Pr.: “No lo conoces. ¿Y tú tienes revisiones periódicas con tu ginecólogo?”

Mediadora: “Es que no hace revisiones. Si tiene fiebre o alguna cosa, sí que va al médico; pero normalmente no, no lo hace. Nunca ha hecho una revisión a la ginecóloga.”
(Dona índia, 42 anys)

Respecte a la **mamografia**, de la mateixa manera que no hi ha un coneixement uniforme entre totes les dones, les pràctiques tampoc no ho són. D'una banda, les dones autòctones i llatinoamericanes es fan les mamografies, sigui pel Programa, per la privada o alternant tots dos sistemes. Les de nivells d'estudis baixos generalment només es fan la mamografia cada dos anys pel Programa. I les de nivells d'estudis alts, cada any: o sempre per la privada o combinen els dos sistemes fent-se-la un any pel Programa i el següent per la privada.

Pr.2: “Todas se controlan, se cuidan...”

EbV46: “[...] cada dos años, lo que pasa es que yo, como me la hago cada año, pues voy un año sí otro no, o sea, voy cada dos años allí, pero además [...]”

EbP47: “Yo voy cada seis meses a hacerme un chequeo, cada seis meses.”

[...] [parlen alhora]

EbP47: “Al año la mamografía, y cada seis meses la revisión ginecológica...”





Pr.2: “Ustedes el Programa lo conocen, y les ha llegado información. ¿Ustedes participan en el Programa?”

EbE50: “Yo voy por mi cuenta.”

EbJ44: “Yo... A mí me llamaron por la zona donde vivo, y en el casal del barrio donde vivo iban a dar una charla.”

[...] [parlen alhora]

EbJ44: “[...] cada dos años me llaman del Hospital de la Esperanza, me hacen la mamografía, pero no porque el ginecólogo de la Seguridad Social la haya pedido; la Seguridad Social sí que me ha hecho revisiones, ecografías vaginales y cosas así; pero... estamos dentro de este Programa... [...] la verdad es que no te das cuenta y dices: «Hija, ya tengo cincuenta y estoy dentro de este Programa...”
(Autòctones no universitàries, 59, 54, 49 i 57 anys)

En el cas de les dones de l'Europa de l'Est, xineses, filipines i magribines, algunes se la fan al país d'acollida, però no queda clar per quina via opten.

EM10: “Yo me hecho, pero no...”

Pr.: “¿No ha recibido la carta?”

EM10: “No.”

Pr.: “¿Y la mamografía se la hace con su ginecólogo o...?”

EM10: “Yo he hecho hace unos cuatro años... He tenido así un poquito de hemorragia en mí... Bueno, y he ido al médico de cabecera y después al ginecólogo y este me mandó para hacer la mamografía. Después, nada más.”

Pr.: “¿Hace cuatro años que no se ha hecho ninguna más?”

EM10: “No tengo tiempo...”
(Dona de l'Europa de l'Est, 56 anys)

En el discurs de les xineses, no es pot parlar d'uniformitat. La tendència general és que solen controlar-se el possible càncer de mama; algunes ho fan aquí pel Programa o per la privada, però majoritàriament, sembla que arran de la gran desconfiança que mostren pel sistema sanitari del país d'acollida, del desconeixement de la cultura d'aquí i del fet que sovint viatgen a la Xina, solen aprofitar l'estada allà per a fer-s'hi una revisió general.

Les filipines de més de cinquanta anys i que fa bastant de temps que viuen aquí comenten que es fan les mamografies. Sembla que acostumen a fer-se-les aquí pel Programa; i alguna d'elles diu que també se'n fa per la privada.

Les dones autòctones i les llatinoamericanes demanen que el sistema sanitari



els faci ecografies de manera rutinària com a complement de les mamografies. Necessiten estar controlades i si, a més de la mamografia, els fan una ecografia, molt millor. En aquest punt torna a quedar reflectit el fet que les dones autòctones reivindiquen el màxim de proves possibles.







Limitacions de l'estudi

La metodologia escollida per a l'estudi qualitatiu ha afegit una gran riquesa a la quantitat i la diversitat de la informació. No obstant això, cal subratllar les diverses limitacions que ha tingut el treball:

- **Les barreres lingüístiques:** Tot i treballar amb el suport de mediadores culturals com a traductores, va ser difícil entendre les dones que no coneixien gairebé gens el català i el castellà, i que segurament eren, a més, les menys integrades a la societat. Això ens va passar, sobretot, amb dones xineses, pakistaneses i filipines.
- **La distància cultural** entre nosaltres i les dones xineses, pakistaneses i índies. Malgrat la utilització de mediadores culturals, la llunyania entre la cultura de les informants i la de les investigadores va fer que en ocasions fos difícil trobar dones disposades a
- participar en l'estudi. Per a segons quines cultures, el càncer de mama és una malaltia tabú, i en conseqüència certes dones no en volen parlar per no entristir-se, cosa que, segons elles, els podria malmetre la salut. La validadora xinesa va comentar: "Els xinesos no pensen gaire en les malalties. A la Xina, els metges normalment no parlen als pacients sobre els diagnòstics de les patologies greus com ara el càncer. No els diuen que tenen càncer per evitar posar-los tristos. En parlen amb els familiars. Abans la gent parlava menys de la qüestió del càncer."
- **El rang d'edat estudiat:** Les dones de més edat són menys nombroses entre els col·lectius immigrants, parlen menys l'idioma i en general són més refractàries a participar en aquesta mena d'estudis.



Específicament, cal comentar els aspectes següents de cada grup de dones:

Dones autòctones: En general el discurs va ser fluid en els dos grups. No es van percebre diferències importants entre un grup i l'altre. Probablement perquè les dones amb més problemes socials no queden reflectides en el discurs. De tota manera, cal dir que l'objectiu de l'estudi no era aprofundir en el grup de població més vulnerable.

Dones llatinoamericanes: La majoria de les participants llatinoamericanes són universitàries, excepte tres, que tenen estudis no universitaris. Per tant, totes les nostres informants, tant les que van emigrar fa molts anys com les d'emigració més recent, són de nivells d'instrucció mitjans i alts, per la qual cosa ens ha faltat el discurs de les dones de nivell socioeconòmic baix. Això implica que la situació que ens descriuen quant als controls i tot el que diuen tenir al seu país, és molt exclusivista, ja que en gaudeix poca gent. D'una manera més limitada s'ha captat el discurs de les llatinoamericanes immigrades per motius econòmics i que han arribat durant onades migratòries recents; això s'ha fet, principalment, a partir de la informant clau.

Dones de l'Europa de l'Est: Durant les reunions dels grups no va haver-hi problemes amb l'idioma. Les dones conversaven obertament sobre la seva percepció de la salut i el càncer de mama, així com sobre els seus temors. La principal

limitació té a veure amb les característiques sociodemogràfiques de les dones. Del total de nou participants, quatre viuen fora de Barcelona, però una d'aquestes és informant clau pel fet de ser presidenta d'una associació.

Dones filipines: Les principals limitacions van ser les barreres lingüístiques i la reduïda intervenció d'algunes de les dones, principalment les més joves i que feia menys temps que havien arribat al país d'acollida. Malgrat la dificultat idiomàtica, es va generar discurs respecte als assumptes tractats, sobretot amb l'ajuda de les participants que fa més temps que viuen aquí, que ajudaven a traduir. Altra-ment, diverses dones havien patit un càncer de mama; concretament tres d'elles, de les quals dues eren informants clau. Aquest fet no va suposar un problema, ja que, a banda d'explicar la seva vivència, aquestes informants ens van transmetre la veu de les dones de la seva comunitat. I elles mateixes ens van parlar de la manca d'informació i de la vulnerabilitat. La que va parlar més del seu cas no va influir en el discurs de la resta de participants perquè ho va fer al llarg d'una entrevista individual. I l'altra participant afectada per càncer de mama va centrar el discurs en la resta de dones de la seva comunitat i poc el seu cas.

Dones xineses: La principal dificultat va ser la lingüística, tot i que les sessions es feien amb mediadora cultural. Malgrat això, es van poder abordar els diferents temes a tractar i es va arribar a obtenir



una informació valuosa d'aquesta comunitat. Altrament, a causa de la gran dificultat d'entendre'ns, en lloc de grup de discussió, el treball es va fer en petits grups triangulars, en cadascun dels quals hi havia dues o tres dones, la conductora del grup i la mediadora cultural, i en ocasions també una observadora de l'equip investigador. D'aquesta manera es va aconseguir que cada participant pogués anar manifestant la seva opinió de manera adequada i aportant idees interessants per a l'estudi.

Dones magribines: La majoria de les participants magribines eren joves (tenien uns quaranta anys), feia bastants anys que vivien al país d'acollida i tenien uns nivells d'estudis mitjans o alts. A més, totes menys una eren marroquines (l'algeriana va ser una informant clau, que va parlar en nom de la seva comunitat, però que evidentment no era prou significativa). Malgrat això, no deixava de ser un reflex de la realitat que hi ha a la ciutat respecte a aquest grup de població i que serà el que en breu trobarem al Programa. És per aquest motiu que a l'estudi hem inclòs dones de menys de cinquanta anys. Tot i això, hauria estat preferible que ja haguéssim pogut parlar amb alguna dona d'aquest grup cultural que ja tingués cinquanta

anys o més. Pel que fa al nivell d'estudis, tampoc no vam obtenir una mostra adequada per a aconseguir la diversitat discursiva corresponent a la realitat de les dones immigrants magribines. Una altra de les dificultats que hi va haver en aquests grups va ser la manca d'assistència a les reunions per part de les dones que havien confirmat prèviament que vindrien.

Dones pakistaneses i índies: En general, van ser uns grups callats: en els quals el discurs no fluïa espontàniament amb facilitat, a excepció del Grup 5 Triangular Dones informants clau, en què una de les dones associades parlava amb més facilitat. Les dones pakistaneses i índies no estan acostumades a expressar les pròpies opinions fora del seu àmbit. També hem deduït que es posen uns certs límits en el moment de parlar, ja que no volen quedar malament ni amb el seu país d'origen ni amb el d'acollida. Per aquests motius, alguns dels aspectes tractats van quedar poc explorats, de manera que no s'ha aconseguit saturar el discurs. La mediadora va fer la validació i va comentar que, a l'hora d'expressar opinions, les pakistaneses i les índies són una mica tímides i tenen por, ja que són molt dependents dels seus marits.







Conclusions

Els resultats de l'estudi mostren que, tant en la concepció que les dones tenen de la prevenció com en les pràctiques preventives que duen a terme, té molta influència la cultura del lloc d'origen, el fet d'haver crescut en un medi rural o bé urbà, la classe social a la qual pertanyen i el procés migratori per si mateix. Aquest estudi qualitatiu complementa i explica els resultats trobats per mitjà de l'enquesta quantitativa⁴³ que es va fer seguidament i que, entre altres elements d'anàlisi, va generar hipòtesis que van ser posteriorment estudiades, contrastades i quantificades i que van aportar solidesa i evidència a allò que la recerca qualitativa havia identificat i explicat. Aquesta diversitat cultural i d'estadis d'adopció per a fer l'acció en la qual es troben les dones dels diferents col·lectius en funció de la classe i àmbit rural i/o urbà,⁴⁴ és important tenir-la present en tots els progra-

mes i activitats d'educació, informació i sensibilització que es duguin a terme.

Dones autòctones: Entre les dones autòctones, la prevenció és un valor bastant assimilat, però d'introducció recent. La majoria tenen clara, a més, la diferència entre la prevenció primària i la secundària; en conseqüència, opinen que el càncer de mama és una malaltia molt freqüent i que es pot fer poca cosa per evitar-ne l'aparició, tot i que coneixen les diferents recomanacions que els científics han anat fent en relació amb l'alletament matern, amb l'edat a la qual es tenen els fills, amb el tractament hormonal, etc. Són conscients i, per tant, crítiques respecte a la disparitat en les recomanacions que a vegades els fan els serveis sanitaris sobre les conductes que convé seguir. Tot i això, tenen clar el missatge que el càncer de mama detectat a temps es pot curar i, per tant, lliguen



la prevenció d'aquest a la tecnologia. És potser per això, tot i que a vegades també es plantegen qüestions vinculades als estils de vida i altres determinants, que generalment tendeixen a pensar que com més proves es facin, millor.

Tal com mostren les enquestes de salut, actualment la majoria de les dones de Barcelona fan controls regulars de càncer de mama. Per regla general, són dones que tenen força informació. La principal diferència detectada en funció del nivell social és la via per la qual es controlen: les dones de nivell social més baix, que solen coincidir amb les de nivells d'estudis més baixos, fan els controls majoritàriament dins el sistema sanitari públic i, per tant, a partir dels cinquanta anys a través del Programa de detecció precoç de càncer de mama. Les de nivells d'estudis alts solen tenir doble cobertura i es controlen a través d'una mútua, o bé utilitzen alternativament aquesta i el servei públic.

Dones llatinoamericanes: Les llatinoamericanes amb qui hem parlat ens transmeten la idea que són partidàries de la prevenció i de fer-se les mamografies pertinents. Utilitzen el sistema públic, conscients de l'accessibilitat i la gratuïtat que aquest els ofereix, tot i que també són unes de les més crítiques. Ara bé, malgrat que la majoria tenen un bon nivell d'instrucció, manifesten, igual que ho fan les de nivell social més baix, que el fet de tenir altres prioritats i exigències, sobretot de caire

laboral, fa que sovint l'autocura la relligui a un segon terme. Algunes d'elles, però, mirant-ho amb la perspectiva que dona el fet de provenir d'una societat completament diferent i on la sanitat en certa manera és un bé més inaccessible, considera que, havent-hi els mitjans a l'abast, la realització de les revisions constitueix una responsabilitat individual. D'altres opinen que en determinats sectors de la població el nivell de comprensió cultural és tan limitat que caldria trobar estratègies més adequades per atreure la seva atenció.

Calsubratllar la diferència de mentalitat de les dones en funció del país i, sobretot, de la cultura o els condicionaments socials que hagin envoltat la infància i la joventut de cadascuna d'elles, especialment el fet d'haver viscut en medi rural o en zones urbanes grans. Aquesta circumstància les ha marcadades i ha quedat reflectit en les seves creences i comportaments posteriors, i això ha fet que la prevenció no estigui assimilada d'una manera uniforme.

De la mamografia en general, consideren que és una prova dolorosa, i algunes en parlen com a traumàtica. Tot i això, també són conscients que almenys de moment és la prova més bona per a la detecció precoç.

Dones de l'Europa de l'Est: Han viscut la prevenció gairebé com una responsabilitat per a mantenir-se sanes i poder treballar, com un bé o una responsabili-



tat vers la comunitat, més que cap a si mateixes de manera individual. Al país d'acollida aprecien la tecnologia que tenen a l'abast; però, tot i tenir aquest disponibilitat i consciència cap a la prevenció, no totes es controlen regularment; tal vegada precisament pel fet de ja no ser una obligació, sinó una qüestió de llibertat d'elecció.

Al país d'acollida senten de manera especial la responsabilitat d'estar sanes per a poder treballar i tirar endavant elles i les càrregues familiars que tenen al seu voltant, ja que aquí són conscients d'estar soles i de ser, per tant, el motor de la família.

Dones filipines: Hi ha una diferència important entre l'abans (el país d'origen) i l'ara (el país d'acollida). Al país d'origen tenen la percepció que el càncer de mama és una malaltia poc present. A més, com que allà els serveis sanitaris són limitats i cars i la prevenció escassa, és com si descartessin pensar en problemes que, si tenen la mala sort que els sobrevenen, com ara el càncer de mama, per a elles no tenen solució. Les dones filipines parlen del càncer de mama com "la malaltia dels rics" perquè al seu país d'origen les riques són les úniques que tenen alguna probabilitat de superar-la.

Amb el temps, al país d'acollida, aquesta realitat canvia radicalment. D'entrada els sembla que és més freqüent, potser pel simple fet que es van acostant a

l'edat en què el risc augmenta la tenen més present; no és un tabú parlar-ne: la dona que té la malaltia en parla, fa el tractament, moltes es curen, etc. Tot plegat fa que en vagin canviant la visió i, sobretot, s'adonin que s'hi pot fer alguna cosa i que tenen els mitjans a l'abast per fer-la. Tot i això, cal insistir que són canvis que es produeixen amb el temps, per molt que, tal com diu una de les informants clau, la comunitat filipina estigui força predisposada a absorbir els elements positius que els ofereix la societat d'acollida sense renunciar a ser qui són.

També en aquest cas, però, destaquen les desigualtats segons nivell cultural i origen rural o urbà, que, com hem comentat, determinen el comportament posterior de les persones.

Dones xineses: Les xineses consideren que cuidar-se és important, si bé amb diferències importants entre elles, sobretot en funció del nivell cultural i segons si els seus orígens són de medi rural o urbà. Altrament, sembla que encara hi ha una sèrie de temes tabú, entre els quals hi ha el càncer, ja que els fa por, els genera angoixa i tristesa i, en certa mesura, els desequilibra la pau personal, l'equilibri emocional. Afirmen que en la seva cultura l'alegria és molt important i que el càncer és una malaltia que els fa molta por, i fins i tot el sol fet de parlar-ne. La diferència entre les cultures d'aquí i d'allà és molt gran, i entre les llengües, també, la qual cosa es-



tableix una barrera molt forta per a arribar a conèixer-se i a comprendre's. De fet, es fa molt complicat comunicar-se amb elles, no només per la dificultat del llenguatge verbal, sinó fins i tot per la del no verbal i els codis de conducta. Tal vegada per això, entre altres motius, tenen una desconfiança molt gran cap al sistema sanitari del país d'acollida i els seus professionals. Com que vaitgen sovint a la Xina, moltes aprofiten per a fer-se revisions mèdiques generals, com una mena de posada a punt, i la resta de l'any van al metge en casos d'urgència i per al dia a dia tenen els seus propis remeis o la seva pròpia medicina tradicional. Quant a la medicina tradicional xinesa, al seu país d'origen està implementada gairebé a parts iguals que l'occidental, i aquí cada cop n'hi ha més presència.

Tenen clara la posició que ocupa cada tipus de medicina davant una malaltia greu com ara el càncer de mama: en aquesta totes dues tenen cabuda. L'occidental, com a curativa, i l'oriental, com a pal·liativa.

Dones índies i pakistaneses: En general, són les que tenen un desconeixement més gran de la malaltia i de la possibilitat de prevenir-la i curar-la per mitjà d'una detecció a temps. Generalment han emigrat per motius de reagrupament familiar i reproduïxen al país d'acollida els esquemes i els estils de vida del país d'origen. Depenen molt de les decisions del marit o del clan familiar quant a què

poden fer o saber. Al país d'origen, la informació que reben és limitada, i els serveis sanitaris, escassos i força inacessibles. I al d'acollida reproduïxen els esquemes familiars i, per tant, no solen integrar-se a la vida laboral: continuen en el seu món tancat entre dones del seu mateix origen cultural, amb les mateixes barreres lingüístiques per a comunicar-se amb la societat d'acollida i amb els mateixos rols socials i familiars.

El seu paper com a cuidadores de la família fa que la seva salut passi a un últim terme, tot i que amb l'edat experimenten canvis de visió que els poden ser beneficiosos, ja que senten que en certa manera se'ls han acabat les obligacions familiars i ara passen a tenir un paper més rellevant dins la família: el que potser tenia abans la mare del marit, i, per tant, ara poden dedicar-se més a cuidar-se a si mateixes.

La idea primera que tenen del càncer de mama és que es tracta d'una malaltia greu que irrefutablement condueix a la mort.

El concepte de prevenció no el tenen gens assimilat: fer-se controls regulars de mama no entra en els seus esquemes i creuen que, si es fan una anàlisi de sang, per exemple, ja han fet una bona revisió perquè, segons elles, la sang conté tota la informació.

Dones magribines: El seu rol com a mares és el més important, i això fa que cen-



trin molt la seva autocura en la maternitat i la funció reproductora. Utilitzen els serveis sanitaris per tenir cura dels embarassos i la salut dels fills i no pensen gaire en el concepte de prevenció, centrada en aquest cas en el càncer de mama.

Quant al càncer de mama, el nivell de coneixement és molt diferent en funció del nivell sociocultural i de l'origen rural o urbà. Hi ha des de la dona que es faria controls regulars i que seria el que elles anomenen una “dona moderna”, una dona de nivell cultural alt, que treballa, autònoma i que pren les seves pròpies decisions, fins a la que creu que el càncer de mama és un càstig que rep per males accions comeses en algun moment i que, per tant, ha d'acceptar amb resignació. Es refereixen al càncer de mama com “el maligne”, sempre en masculí, i els fa por; a vegades els fa por fins i tot anar al metge quan tenen mo-

lèsties i llavors amaguen el mal perquè l'associen inevitablement amb mutilació, i aquesta, amb rebuig per part del marit, i això és el pitjor que li pot passar a una dona en determinats cercles socials. En definitiva, aquestes dones ens parlen de societats en les quals conviuen grans contrastos socials i culturals, des dels més ancestrals fins als més moderns.

Si més no, aquestes vivències, conviccions i creences són el bagatge ideològic que les dones porten quan emigren i que cal ajudar-les a anar canviant o modelant. El fet que aquestes dones acudeixin amb regularitat al sistema sanitari per a la cura maternoinfantil és un fet positiu que pot servir per a anar treballant la informació, l'educació i la sensibilització necessàries perquè, quan arribin a formar part de la població diàna del Programa, continuïn tenint cura de la seva pròpia salut.





Bibliografia

1. IARC. *Breast Cancer Screening*. IARC Handbooks of Cancer Prevention, vol. 7. Lió: IARC Press, 2002.
2. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. "Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008". *Eur. J. Cancer* (2010), 46 (4): 765-781.
3. Marcos-Gragera R, Cardó X, Galceran J, Ribes J, Izquierdo A, Borràs J. "Cancer incidence in Catalonia, 1998-2002". *Med. Clin. (Barc.)* (2008), 131, supl. 1: 4-10.
4. Agència de Salut Pública de Barcelona. *El càncer a Barcelona. Informe 2009*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2009.
5. Pons-Vigués M, Puigpinós R, Cano-Serral G, Mari-Dell'Olmo M, Borrell C. "Breast cancer mortality in Barcelona following implementation of a city breast cancer-screening program". *Cancer Detect. Prev.* (2008), 32 (2): 162-167.
6. Agència de Salut Pública de Barcelona. *La salut a Barcelona 2008*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2009.
7. Gotzsche PC, Olsen O. "Is screening for breast cancer with mammography justifiable?" *Lancet* (2000), 355 (9198): 129-134.
8. Schopper D, de Wolf C. "How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence". *Eur. J. Cancer* (2009), 45 (11): 1916-1923.
9. *Anuario estadístico de inmigración 2006*. Madrid: Ministerio de Trabajo y



Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Inmigración, 2007.

10. Xifres oficials de població. Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. Consultable a: <http://www.bcn.es/estadistica/catala/dades/tpob/ine/index.htm>. Accés: 11-12-2009.
11. Andrés de J, Barruti M, Borrell C, Calafell J, Pasarín MI, Puigpinós R, Janàs JM. "Salud y marginación social". *Documentación Social* (2002), 127: 97-123.
12. Kliever EV, Smith KR. "Breast cancer mortality among immigrants in Australia and Canada". *J. Natl. Cancer Inst.* (1995), 87 (15): 1154-1161.
13. Borrell C, Benach J. "CAPSFJ Bofill Working Group. [Evolution of health inequalities in Catalonia [Spain]]". *Gac. Sanit.* (2006), 20: 396-406.
14. Borrell C, Fernández E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbí JR, Segura A. "Social class inequalities in the use of and access to health services in catalonia, Spain: What is the influence of supplement private health insurance?" *Int. J. Qual. Health Care* (2001), 13: 117-125.
15. Puigpinós-Riera R, Serral G, Pons-Vigués M, Palència L, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. "Evolution of inequalities in breast and cervical cancer screening in Barcelona: Population surveys 1992, 2001 and 2006". *J. Womens Health* (2011), 20 (11): 1721-1727.
16. Zackrisson S, Lindstrom M, Moghaddassi M, Andersson I, Janzon L. "Social predictors of non-attendance in an urban mammographic screening programme: A multilevel analysis". *Scand. J. Public Health* (2007), 35 (5): 548-554.
17. Von Euler-Chelpin M, Olsen AH, Njor S, Vejborg I, Schwartz W, Lynge E. "Socio-demographic determinants of participation in mammography screening". *Int. J. Cancer* (2008), 122 (2): 418-423.
18. Pylypchuk Y, Hudson J. "Immigrants and the use of preventive care in the United States". *Health Econ.* (2009), 18 (7): 783-806.
19. Vermeer B, Van den Muijsenbergh ME. "The attendance of migrant women at the national breast cancer screening in the Netherlands 1997-2008". *Eur. J. Cancer Prev.* (2010), 19 (3): 195-198.
20. Lagerlund M, Maxwell AE, Bastani R, Thurfjell E, Ekblom A, Lambe M. "Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening--a population-based register study (Sweden)" *Cancer Causes Control* (2002), 13 (1): 73-82.



21. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz J. "La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España". *Gac. Sanit.* (2009), 23, supl. 1: 4-11.
22. Carrasco-Garrido P, de Miguel AG, Barrera VH, Jiménez-García R. "Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain". *Eur. J. Public Health* (2007), 17 (5): 503-507.
23. Pons-Vigués M, Puigpinós-Riera R, Rodríguez-Sanz M, Serral G, Palència L, Borrell C. "Preventive control of breast and cervical cancer in immigrant and native women in Spain: The role of country of origin and social class". *Int. J. Health Serv.* (2011), 41 (3): 483-499.
24. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. "Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review". *Fam. Pract.* (2006), 23 (3): 325-348.
25. Andreu Y, Galdón MJ, Durà E, Carretero S, Tuells J. "Edad, creencias de salud y asistencia a un programa de cribado mamográfico en la Comunidad Valenciana". *Rev. Esp. Salud Pública* (2004), 78: 65-82.
26. Remenick L. "I have no time for potential troubles: Russian immigrant women and breast cancer screening in Israel". *J. Immigrant Health* (2003), 5 (4): 153-163.
27. Mayo RM, Erwin DO, Spitler HD. "Implications for breast and cervical cancer control for latinas in the rural south: A review of the literature". *Cancer Control* (2003), 10 (5): 60-68.
28. Ahmad F, Stewart DE. "Predictors of clinical breast examination among South Asian immigrant women". *J. Immigrant Health* (2004), 6 (3): 119-126.
29. Chamot E, Perneger T. "Misconception about efficacy of mammography screening: A public health dilemma". *J. Epidemiol. Comm. Health* (2001), 55: 799-803.
30. Jelinski SE, Maxwell CJ, Onysko J, Bancej CM. "The influence of breast self-examination on subsequent mammography participation". *Am. J. Public Health* (2005), 95 (3): 506-511.
31. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. *Intervention mapping. Designing theory and evidence-based Health Promotion Programs*. Nova York: McGraw-Hill Higher Education, 2001.
32. Spencer L, Ritchie J, Lewis J, Dillon L (National Centre for Social Research). *Quality in Qualitative Evaluation: A framework for assessing research evidence*. Londres: Government





- Chief Social Researcher's Office. Cabinet Office, 2003.
33. Maxwell JA. *Qualitative research design. An interactive approach* (2a ed.). Thousand Oaks: Sage, 2005.
34. Calderón C, Fernández de Sanmamed MJ. "Investigación Cualitativa en Atención Primaria". A: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (6a ed.). Barcelona: Elsevier, 2008: 211-240.
35. Coyne IT. "Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries?" *J. Adv. Nurs.* (1997), 26 (3): 623-630.
36. Pons-Vigués M, Puigpinós R, Rodríguez D, Fernández de Sanmamed MJ. "Estrategias para reclutar mujeres inmigrantes para participar en una investigación cualitativa". *Gac. Sanit.* (2009) 23, supl. 1: 90-92.
37. Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis, 2003.
38. Conde F. "Los grupos triangulares como «espacios transicionales» para la producción discursiva: Un estudio sobre la vivienda en Huelva". A: Gordo López AJ, Serrano Pascual A. *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Educación, 2008: 155-188.
39. Conde F. *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2009 (Cuadernos Metodológicos; 43).
40. Hodges BD, Kuper A, Reeves S. "Discourse Analysis". *BMJ* (2008) 337: a879.
41. Pons-Vigués M, Puigpinós-Riera R, Rodríguez D, Fernández de Sanmamed MJ, Pasarín MI, Pérez G, Borrell C, Casamitjana M, Benet J. Country of origin and prevention of breast cancer: beliefs, knowledge and barriers". *Health and Place* (2012), 18 (6): 1270-1281.
42. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* (2000), 320: 50-52.
43. Pons-Vigués M, Puigpinós-Riera R, Serral G, Pasarín MI, Rodríguez D, Pérez G, Benet J, Casamitjana M, Borrell C. "Knowledge, attitude and perceptions of breast cancer screening among native and immigrant women in Barcelona, Spain". *Psycho-oncology* (2012), 21 (6): 618-629.
44. Puigpinós-Riera R, Pons-Vigués M, Serral G, Rodríguez-Arjona MD, Pasarín MI. "Tengo intención de hacer-





me una mamografia: Estadios de
adopción para realizar control ma-
mográfico en mujeres de distinto ori-
gen cultural y social". *Psicooncología*
(2012), 9 (1): 7-23.



